FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1914 — THÈSE — N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

A.-L. GIRAULT
Ancien interne des Hôpitaux
Né à Pouligny-Saint-Pierre (Indre).

Contribution à l'étude

du

Cancer de l'anse sigmoïde

Etudes clinique et diagnostique

Président : M. WIDAL, *Professeur.*

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1914

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. TEISSIER.
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	P. MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	Auguste BROCA.
Pharmacologie et Matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	LETULLE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT CHAUFFARD.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	G. BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	DELBET. QUENU. RECLUS. HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ALGLAVE.	GUENIOT.	LERI.	RICHAUD.
BERNARD.	GUILLAIN.	LOEPER.	ROUSSY.
BRANCA.	JEANNIN.	MAILLARD.	ROUVIERE.
BRUMPT.	JOUSSET (André).	MOCQUOT.	SAUVAGE.
CAMUS.	LABBE (Henri).	MULON.	SCHWARTZ (Anselme).
CASTAIGNE.	LAIGNEL-LAVASTINE.	NICLOUX.	SICARD.
CHAMPY.	LANGLOIS.	NOBECOURT	TANON.
CHEVASSU.	LECENE.	OKINCZYC.	TERRIEN.
COUVELAIRE.	LEMIERRE.	OMBREDANNE.	TIFFENEAU.
DESMAREST.	LENORMANT.	RATHERY.	VILLARET.
GOUGEROT.	LEQUEUX.	RETTERER.	ZIMMERN.
GREGOIRE.	LEREBOULLET.	RIBIERRE.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Nous remercions vivement notre maître, M. le Prof^r^ WIDAL, d'avoir accepté la présidence de cette thèse et de nous avoir prodigué son enseignement pendant notre année d'externat dans son service à l'hôpital Cochin.

CHAPITRE PREMIER

Introduction.

Lorsque au XVII^e^ siècle, la médecine s'efforça de quitter l'ornière creusée depuis Hippocrate et Gallien, on s'aperçut que cet interminable enlisement était dû à ce que, voyant les malades de très haut, on avait sans cesse substitué l'interprétation superficielle à l'observation exacte, la généralisation rapide à la documentation patiente. On découvrit qu'il y avait des malades et non pas des maladies et G. de Besançon (1) constatant que l'étude du détail est la base de tout progrès, pouvait écrire : « La médecine est comme ces grands fleuves qui prennent leur origine de mille petits ruisseaux, leurs eaux faibles, avant que de les former, sont obligées de s'écarter et de suivre autant de chemins différents qu'ils trouvent d'obstacles à leur passage ; mais après avoir longtemps serpenté, ils se réunissent dans un lit et n'ont tous qu'un même courant ».

Cette phrase rencontrée au hasard d'une lecture, au moment où nous préparions ce travail, a retenu notre attention. Nous écrivons à une époque, en effet, où

(1) G. de Besançon : *Les médecins à la censure ou entretiens sur la médecine.* Paris, chez Louis Gontier, 1677, page 185.

certains ont prétendu que s'exagéraient le souci du détail et, partant, la multiplicité des syndromes et des formes cliniques ou anatomiques.

Nous croyons cependant que l'étude présentée ici vient en son temps et comble une lacune. C'est par l'examen des diverses régions de l'appareil digestif, segment par segment, que s'affirment quotidiennement nos progrès dans la pathologie gastro-intestinale. Les monographies coliques successives, qu'elles aient porté sur le cœcum, le rectum ou l'anse omega, ont rendu les plus grands services à l'étude clinique et à la certitude diagnostique.

Nous avons voulu, non pas encombrer les nomenclatures de quelques types nouveaux, mais seulement montrer de quelle façon s'individualise le cancer du colon pelvien, mettre en relief ses propriétés évolutives, établir ses singularités anatomiques et ses embuches cliniques, faciliter en un mot le diagnostic des affections pelviennes.

Nous avons divisé ce travail en 4 parties : la symptomatologie, les complications, les formes cliniques et le diagnostic.

Avant d'aborder l'étude clinique proprement dite, il nous a paru intéressant de donner une vue d'ensemble sur l'anatomie de l'organe dont nous allons étudier un chapitre pathologique et de faire connaître les résultats auxquels nous sommes arrivé par l'exploration sur le cadavre de cette portion du tube digestif ; ces dernières constatations nous ont semblé particulièrement utiles à signaler par l'application que nous pourrons en faire lors de l'investigation clinique.

CHAPITRE II

Anatomie macroscopique du colon pelvien.

Sommaire :

Rapports. — Calibre. — Diverticules. — Exploration sur le cadavre.

Le colon pelvien, anse sigmoïde de quelques auteurs, est cette portion du colon qui, faisant suite à la partie iliaque accolée au bassin, se continue avec le rectum à la hauteur de la 3e ou 4e vertèbre sacrée. Sa caractéristique est de n'avoir aucune connexion avec les plans osseux voisins, aucune connexion normale que des rapports de voisinage avec les viscères du petit bassin. Organe éminemment mobile, généralement doté d'un long méso à travers lequel circulent ses vaisseaux, il est d'une longueur et d'une forme très variables, celle-ci relevant le plus souvent de celle-là.

La moyenne de sa longueur est de 45 centimètres, mais ces chiffres extrêmes sont très éloignés. Lusk rapporte un cas où il avait seulement 4 pouces (10 c/m 16) et un autre où il atteignait 30 pouces (1 mètre 20).

C'est dire à la fois l'extrême variabilité de son étendue et par là même les rapports différents avec les organes voisins.

Tandis que dans la grande majorité des cas, ses

dimensions lui permettent de rester organe pelvien, il est parfois abdominal ; ce sont là des cas rares, mais qui méritent d'être cités, étant donné l'extrême importance que leur connaissance peut avoir en clinique.

Dans sa topographie habituelle, nous le voyons naître sur le bord interne du psoas gauche pour plonger dans la cavité pelvienne en suivant le flanc gauche du petit bassin, sans y adhérer. Une petite portion verticale, généralement courte, atteint le plancher pelvien au niveau duquel elle s'infléchit pour devenir transversale ; cette seconde partie, la plus longue, est aussi la plus mobile car c'est ici que le méso-colon atteint le maximum de son développement.

Tantôt elle est franchement horizontale, tantôt dessinant une courbe formée de petites flexuosités à direction frontale.

La convexité est le plus souvent inférieure, mais dépend de l'état de réplétion plus ou moins grand des organes sous-jacents qui impriment une modification dans ses contours.

Quoi qu'il en soit, cette seconde portion va de gauche à droite, devant la concavité sacrée, formant ainsi une sorte de deuxième colon transverse.

Puis l'anse s'infléchit de nouveau pour se diriger en bas et à gauche, constituant une troisième portion qui, d'abord accolée au flanc droit du petit bassin, s'en écarte pour atteindre le corps de la 3^{e} ou 4^{e} vertèbre sacrée, où elle se continue avec le rectum suivant une direction de haut en bas et d'arrière en avant.

Le second coude, droit, du colon pelvien est placé à un niveau différent suivant les cas, mais le plus souvent

au dessous d'un plan horizontal passant par le premier coude, de sorte que, dans son ensemble, le colon pelvien décrit un trajet légèrement spiralé, d'autant plus accusé que la portion horizontale naît plus haut du colon iliaque ou que manque la portion verticale initiale décrite plus haut.

Dans les cas rares où le colon pelvien conserve sa disposition embryonnaire, c'est-à-dire, reste abdominal, il semble décrire un trajet inverse du précédent ; dès sa naissance, il se recourbe en haut, décrivant une anse à concavité inférieure très prononcée et, après un trajet plus ou moins long, il descend verticalement ou obliquement de droite à gauche vers la symphyse sacro-iliaque droite pour plonger dans la cavité pelvienne et se terminer comme précédemment.

Rapports. — Normalement, le colon pelvien répond en arrière à la paroi sacrée, en avant à la vessie chez l'homme, à l'utérus et au ligament large chez la femme ; en bas, plongeant dans le cul de sac de Douglas, il repose sur l'ampoule rectale.

Il est nécessaire de montrer les connexions étroites que l'anse sigmoïde présente toujours avec l'ovaire et la trompe droite.

A gauche, nous avons trouvé souvent l'ovaire plaqué contre l'anse sigmoïde ; la face répondant au tube intestinal était plate et, le plus souvent, se trouvait en regard du premier coude de l'anse.

A droite, la trompe est contiguë à la face antérieure sur une plus ou moins grande étendue, suivant la longueur de l'anse ; quand cette dernière est très longue, elle atteint l'ovaire et parfois l'appendice.

Dans ces cas assez nombreux, on trouve des adhérences qui rendent plus intimes et plus solidaires les deux formations anatomiques, soit que l'affection première parte des annexes, soit qu'elle résulte d'une inflammation primitive de l'anse. Mais, ainsi que le dit Barett, de Chicago, auquel nous empruntons les dessins ci-joints, aussi riche que soit le sigmoïde dans la production des maladies pelviennes, il semble indubitable que les organes génitaux soient le siège des premiers accidents.

Diverticules. — Les diverticules existent plus souvent qu'on le pense. Il faut les rechercher systématiquement et ne pas laisser passer des dépressions souvent minimes, principalement au niveau des appendices épiploïques. Ils sont très fréquents sur le colon sigmoïde, principalement dans la deuxième moitié de la vie et principalement aussi sur la portion mobile du colon pelvien, au niveau de son bord libre, plus souvent dans le mésentère.

Calibre. — D'après Testut, le colon pelvien revêt une position infundibulaire diminuant à mesure qu'on s'approche du rectum. Son calibre minimum serait de 25 à 35 millimètres au lieu de 5 centimètres au niveau du colon descendant. Peut-être faut-il voir là une disposition favorable à la lenteur de la progression des matières, aux microtraumatismes consécutifs à ce passage à la filière du bol fécal qui, à ce niveau, revêt toute sa consistance.

Méso-colon. — Le méso-colon pelvien, large éventail s'étalant sur l'orifice d'entrée du petit bassin, forme une sorte de couvercle sur l'entrée de la cavité pelvienne

C'est la membrane porte-vaisseaux et nous y voyons trois sources artérielles, les artères sigmoïdes moyennes droite et gauche, flanquées des veines, des vaisseaux lymphatiques et des nerfs. Quelques ganglions lymphatiques sont disséminés çà et là le long des vaisseaux et sur le bord libre du méso-colon.

Explorations cadavériques. — Nos recherches ont porté sur un certain nombre de cadavres à l'amphithéâtre de l'hôpital Lariboisière.

L'exploration du colon pelvien a été faite au moyen d'un mandrin en bois de 30 centimètres de long, de même calibre que le tube du sigmoïdoscope. Les sujets, l'abdomen préalablement ouvert sur la ligne médiane, étaient placés, les uns dans le décubitus doral, le bassin légèrement surélevé, les autres dans la position génu pectorale, dans les conditions habituelles pour un examen sigmoïdoscopique.

Nous nous sommes rendu compte des difficultés pouvant se présenter sur le vivant à l'introduction et à la progression du sigmoïdoscope.

Voici les conclusions auxquelles nous sommes arrivé : la tige rigide franchit le rectum sans difficulté, mais arrivée à son extrémité supérieure, à l'union de celui-ci avec l'anse, elle est arrêtée une première fois dans sa progression, venant buter sur le promontoire ; une petite manœuvre consistant dans le changement de direction du mandrin, diamétralement opposée, suivant que le sujet se trouve dans l'une ou l'autre position décrite, permet facilement le passage dans la première partie du sigmoïde.

C'est à ce moment surtout que les constatations deviennent intéressantes : s'il s'agit d'une anse courbe, obliquement ascendante, de droite à gauche, la tige suit assez facilement sa direction, ne trouvant que peu ou pas d'obstacle à son acheminement. L'extrémité de l'instrument, lorsqu'il est à fond de course, vient poindre derrière la paroi abdominale, à gauche de l'ombilic, environ au niveau d'un plan horizontal passant par les crêtes iliaques.

Mais les choses se passent autrement quand il s'agit d'une anse longue, étendue transversalement dans le bassin et décrivant deux coudes à droite et à gauche.

Le mandrin, après avoir passé dans la première portion du sigmoïde, faisant directement suite au rectum, vient après 20 à 22 centimètres de course, buter contre l'angle droit et, quelle que soit la position du sujet, genu pectorale ou dorsale, l'instrument s'encapuchonne dans la paroi intestinale, entraîne avec lui, dans sa progression, le tube intestinal, le distend, de sorte que l'exploration porte sur la toute première portion de l'anse, alors que la lecture des mensurations sur la tige extérieure indiquerait nettement une exploration portant plus haut dans la lumière du sigmoïde.

Dans ces conditions, la pointe du mandrin vient soulever la paroi abdominale, non plus à gauche, mais à droite de l'ombilic, parfois sur la ligne médiane elle-même.

En face de semblables constatations, il nous a paru bon de rechercher s'il était possible de parer à cet inconvénient. Il ne faut guère songer à faire, par une palpation raisonnée de la paroi abdominale, glisser l'intestin

sur l'instrument. Ce qui nous a donné le maximum de satisfaction, c'est le changement de position du sujet. En mettant celui-ci dans le decubitus latéral gauche, le bassin surélevé, l'anse entraînée par son propre poids, tombe dans la fosse iliaque gauche et l'instrument, guidé de ce côté, arrive à déplisser plus facilement et ne bute plus sur le coude droit. De cette façon, on arrive à éviter l'encapuchonnement presque obligatoire dans les deux autres positions.

Ces recherches nous ont paru intéressantes à mentionner ici, pouvant nous donner plus tard, au point de vue clinique, des modifications de technique, dans des cas présentant des difficultés mal explicables avant le contrôle que nous venons de faire.

CHAPITRE III

Etiologie

Sommaire :

Hérédité. — Microtraumatismes internes. — Irritation. — Inflammation. — Ulcération. — Cicatrisation. — Age — Sexe. — Fréquence.

Nous ne voulons pas nous étendre longuement, à propos de ce sujet, sur les diverses théories depuis longtemps soutenues et reprises, intéressant l'étiologie ou la pathogénie du cancer ; là n'est pas notre but. Néanmoins, il est nécessaire d'exposer quelques idées reposant autant que possible sur des constatations, les unes personnelles, les autres empruntées aux différents auteurs qui ont essayé d'apporter quelques faits nouveaux dans cette question si obscure qu'est l'étiologie du cancer.

C'est ainsi que l'hérédité semble une cause prédisposante indéniable. Si l'on veut bien rechercher dans les antécédents des cancéreux, il n'est pas rare de trouver quelque proche parent ayant présenté une tumeur maligne à tel point que cela peut revêtir l'allure familiale. Il semble qu'il existe un terrain cancéreux, comme il y a un terrain tuberculeux, par exemple. L'hérédité est une constatation courante, elle ne saurait cependant expliquer à elle seule l'étiologie du cancer.

L'action d'un traumatisme direct si souvent invoquée

à l'origine des néoplasmes de la périphérie, semble ici dénuée de toute portée, l'anse sigmoïde étant, comme nous l'avons vu, le plus souvent hors d'atteinte dans le petit bassin cachée par d'autres viscères.

Microtraumatismes. — Il est toute une série de petits phénomènes qui se passent à notre insu quotidiennement à la surface de la muqueuse intestinale, et plus particulièrement de la muqueuse sigmoïdienne : le boudin fécal arrive à cette portion d'intestin bien formé, mais plus ou moins régulier dans son calibre, garni d'aspérités ; chez les constipés particulièrement il passe lentement sous l'influence des contractions intestinales et si nous nous souvenons qu'à mesure qu'il avance dans cette région, il trouve une lumière de plus en plus étroite, nous ne pouvons pas ne pas prendre en considération l'influence de ces microtraumatismes que le contact de matières dures fait subir à la muqueuse. Des érosions minimes sont ainsi créées et des irritations peu intenses mais permanentes, créent à ce niveau un lieu d'appel. Rapprochant ce fait que c'est dans l'anse sigmoïde et dans le rectum que ces lésions minimes sont à leur maximum, de cette autre constatation que c'est dans ces deux points du gros intestin que les statistiques ont montré le plus de cancers, nous devons conclure à l'influence réelle de ces traumatismes répétés sur l'apparition ultérieure d'une tumeur.

Il faut aussi tenir compte du fait suivant signalé par Gant (1).

(1) D'après Hertz. *Constipation et troubles intestinaux.* Masson, 1912, p. 35.

Au moment de la défécation, et nos propres recherches nous ont montré la réalité de ces phénomènes, la muqueuse sigmoïdienne s'invagine de fort loin dans l'ampoule rectale agissant à la façon d'un véritable piston ; de là, des tiraillements et des troubles circulatoires qui ne sauraient agir autrement qu'en accroissant le nombre des microtraumatismes signalés.

Inflammation — On peut trouver plusieurs étapes dans l'évolution possible des tumeurs étudiées.

A l'irritation primitive succède le stade inflammatoire. L'inflammation peut porter sur la muqueuse largement étalée de l'anse sigmoïde, créant une sigmoïdite, laquelle évoluera pour son propre compte ; ou bien sur la muqueuse des diverticules.

S'il ne nous est pas possible de démontrer qu'ultérieurement apparaîtra le caractère de malignité sur cette tumeur bénigne qu'est la sigmoïdite, par contre, sur 11 cas de diverticulites du gros intestin, Wilson, de Rochester, a trouvé 4 cas de néoplasmes ayant pris naissance au niveau des diverticules primitivement enflammés. Il écrit à ce sujet que la distension des diverticules par les matières fécales semble être le début des accidents, puis, l'inflammation amène la réaction de la muqueuse et, c'est au dépens de ces nids épithéliaux primitivement enflammés, que se développe le cancer.

D'autre part, MM. Mauclaire et Macaigne citent l'observation d'un néoplasme de l'S iliaque avec un diverticule enserrant la tumeur. L'examen de la pièce a montré l'existence d'un point rétréci correspondant à une bride externe représentée par un diverticule intestinal. La

bride examinée histologiquement était un diverticule avec inflammation diverticulaire, point de départ du néoplasme.

Hochenegg avait déjà établi que le cancer était une complication de la diverticulite ; il a relaté des observations de pièces dans lesquelles il y avait coexistence des deux lésions, et les examens histologiques montraient que le carcinome était secondaire.

Ulcération. — Au stade inflammatoire peut succéder une phase ulcéreuse. En 1902, MM. Quenu et Duval écrivaient : « Quoiqu'aucune observation ne soit parue sur la transformation épithéliomateuse d'un ulcère de l'S iliaque, les données anatomo-pathologiques sur la transformation des ulcérations muqueuses nous permettent d'accepter cette hypothèse comme vraisemblable ».

Or, en 1911, Homer Gage rapporte un cas de cancer de l'S iliaque s'étant greffé sur une colite ulcéreuse datant de plusieurs années.

De Bovis signale la fièvre typhoïde comme un facteur possible en raison des ulcérations intestinales qu'elle provoque. A ce propos, il est intéressant de noter que dans notre observation XXIV, le sujet avait présenté une fièvre typhoïde 4 ans avant ses accidents et l'examen histologique de certaines de nos pièces nous incline à penser que l'épithélioma s'est développé sur un intestin malade antérieurement, atteint de colite chronique.

Cicatrisation. — Le tissu ulcéré peut se cicatriser ; mais même à ce stade de cicatrisation, le néoplasme peut apparaître, car ce tissu cicatriciel continuellement en

contact avec des débris alimentaires agglomérés, n'offre peut-être pas la résistance suffisante aux irritations de toute nature, même aux germes inconnus jusqu'à maintenant, qui peuvent venir se déposer à son niveau, apportés par la masse fécale elle-même, ou bien par le courant sanguin considérablement ralenti dans cette partie du gros intestin.

Faut-il penser, comme le Dr Malherbe dans ses recherches sur le sarcome, que les éléments anatomiques de la cicatrice eux-mêmes, déjà irrégulièrement développés, peuvent se mettre tout à fait à proliférer d'une manière exubérante ? Quoi qu'il en soit, l'influence des cicatrices sur l'évolution d'une tumeur maligne est manifeste.

Néoplasmes secondaires. — Le néoplasme peut venir secondairement se greffer sur des polypes de cette région ; c'est la dégénérescence maligne des tumeurs que l'on constate dans de nombreux points de l'organisme. Les néoplasmes de l'S iliaque sont souvent consécutifs à ceux des organes génitaux chez la femme. D'ailleurs, le voisinage immédiat avec l'ovaire, l'utérus, les adhérences que l'on trouve le plus souvent entre eux, peuvent expliquer cette propagation.

Age. — Toutes ces causes favorables à l'évolution du cancer doivent être rapprochées d'une autre non moins patente : l'âge du malade. Si, dans certains cas, on a pu relever des cancers chez des individus de 20 à 30 ans et ceci particulièrement chez la femme (Thèse de Louart, Paris, 1900), le plus grand nombre des néoplasmes de l'S iliaque est noté entre 50 et 60 ans,

puis entre 60 et 70. Nous rapportons dans notre travail trois observations inédites, l'une d'une femme de 34 ans (obs. XXIV), l'autre d'un homme de 37 ans (obs. V), la troisième également d'un homme de 37 ans (obs. XII).

Sexe. — La question du sexe a été différemment interprétée : les uns donnent la prépondérance au sexe masculin : 7 hommes pour 5 femmes dans les observations de Peternay, 2 hommes pour une femme dans la statistique de Mayo.

Clogg indique 29 hommes pour 26 femmes, mais sa statistique porte sur les cancers du colon en général. De Bovis indique la proportion de 53,9 °/₀ d'hommes pour 40 °/₀ de femmes et rappelle la statistique d'Haussmann donnant 51,2 °/₀ d'hommes pour 48,7 °/₀ de femmes.

Les autres, notamment Welsh, en 1912, dans *Edimburg Medical Journal*, dit que les femmes sont un peu plus prédisposées aux néoplasmes du colon que les hommes et que celles-ci, plus que les hommes, souffrent d'une constipation habituelle et comme corollaire ont une plus grande irritation de leur intestin.

En fait, les auteurs, dans leur pourcentage, ont eu surtout en vue le néoplasme du gros intestin dans sa totalité.

Nous avons vu un trop petit nombre de cas de cancers de l'anse sigmoïde pour nous permettre d'établir une statistique de quelque valeur, mais si nous considérons que le segment d'intestin que nous étudions est de toutes les portions le plus exposé aux microtraumatismes dû au passage de matières toujours très bien formées à ce niveau, si nous admettons que chez les

femmes surtout, se voient le plus souvent ces constipations chroniques, la stagnation longtemps prolongée du boudin fécal, il est logique de penser que le sexe féminin paie le plus lourd tribut quand il s'agit de cancer localisé à l'anse sigmoïde ; le désaccord des auteurs vient de ce que les uns parlent de néoplasmes intéressant une partie quelconque du colon, et que les autres visent seulement une simple portion déterminée de cet organe.

Fréquence. — La majorité des statistiques permet d'assigner la troisième place par ordre de fréquence des néoplasmes à l'anse sigmoïde, par rapport aux autres portions du tractus digestif : estomac, rectum, anse sigmoïde, bien que, dans un travail assez récent, Alexander Don indique une proportion de 45 °/₀ pour le colon ascendant et le cœcum et de 35 °/₀ seulement, pour l'anse sigmoïde. La fréquence serait de 20 °/₀ de tous les cancers.

Certains pays fourniraient un contingent plus considérable, notamment l'Angleterre (Barleing).

PREMIÈRE PARTIE

SYMPTOMATOLOGIE

CHAPITRE PREMIER

Symptômes du début.

Sommaire :

Altérations dans le cours régulier des selles, douleurs, troubles digestifs et pertes des forces.

Y a-t-il des symptômes de la première heure ?

Il semble qu'on puisse conclure par l'affirmative :

On ne cite aucun cas de latence absolue du cancer et si dans les formes cliniques nous décrivons des modes de début brusque, il faut compter avec une inobservation totale par les malades de petits symptômes qui auront pu les étonner, mais qui n'auront pas attiré d'une façon spéciale leur attention et, par là même, ne les auront pas incités à venir consulter.

Altération dans le cours régulier des selles. — Parmi les tout premiers symptômes, ceux qu'il faudra analyser en détail, ceux pour lesquels le malade attentif

viendra trouver le médecin, se résument la plupart du temps de cette façon :

Le plus souvent, un individu ayant dépassé la quarantaine, est frappé de l'altération qui s'est produite dans le cours habituel de ses matières.

Deux types sont à retenir :

Les *constipés ;*

Les *diarrhéiques.*

a) **Les constipés** forment le groupe le plus important qu'on a l'habitude de rencontrer surtout dans les consultations générales.

Tantôt, ce sont des constipés habituels qui voient leur constipation s'aggraver ; mais cette constipation ne s'accroît pas constamment : on constate une irrégularité dans cet accroissement ; comme le dit justement Milton Foote, ce sont des attaques aiguës de constipation superposées à une constipation chronique.

La défécation devient rare, peut cesser pendant 4, 5 jours de suite, alors qu'habituellement, le malade expulsait quotidiennement, quelquefois tous les deux jours, des selles dures. Si l'on vient à administrer à un tel malade un purgatif ou un lavement, on constatera l'élimination de 3 ou 4 selles successives, indiquant une stase marquée. Pendant les jours suivants, les intestins pourront se comporter comme par le passé, puis, une nouvelle crise analogue surviendra. Plus le malade présentera de ces crises, plus l'évacuation sera difficile, même à l'aide de purgatifs violents, et les crises se rapprocheront à intervalles de plus en plus courts.

Tantôt ce sont des individus qui, jusqu'alors, n'ont

constaté rien que de très normal dans leurs fonctions évacuatrices et qui, un jour, presque subitement, voient leurs selles devenir pénibles d'abord, puis se supprimer pendant des jours entiers ; vaincue d'abord par un purgatif, cette constipation ne tarde pas à devenir opiniâtre et c'est dès maintenant la période d'obstruction qui s'installe. Le début semble donc ici plus rapide, et c'est à ce titre qu'on a pu parler de l'obstruction comme un signe précoce du cancer sigmoïdien.

Il existe un troisième type de début : c'est la constipation succédant à la diarrhée habituelle. Ce sont des individus atteints de colite subaiguë, dysentériforme qui voient celle-ci se terminer presque soudainement, pour faire place à des phénomènes de constipation sans avoir pour cela changé leur régime alimentaire. Ici encore, c'est la constipation qui ouvre vraiment la scène et il faudra savoir distinguer ce début des alternatives de diarrhée et de constipation dont nous aurons l'occasion de parler dans une autre période.

b) **Type diarrhéique.** — Bien que ce type soit moins fréquent, il faut cependant songer à un début de néoplasme quand, chez un individu de l'âge moyen de la vie, ayant eu jusqu'alors une parfaite régularité dans ses fonctions évacuatrices, on voit apparaître des selles diarrhéiques se renouvelant fréquemment.

Ce sont des malades semblant parfaitement bien portants qui ont présenté jusque là des selles normales sans constipation ; généralement, une selle spontanée était évacuée journellement quand sont survenues des envies fréquentes d'aller à la garde-robe ; ce ne sont pas là de

faux besoins, ils expulsent des quantités assez abondantes d'une bouillie très fluide, jaune généralement, et les selles se renouvellent jusqu'à 10 à 15 fois par jour : on ne doit pas dans ces selles trouver des matières dures indiquant une stagnation marquée dans le gros intestin.

Ce type de début du cancer sigmoïdien est extrêmement difficile à dépister et il faut toujours se méfier de ces crises diarrhéiques qui, bien loin de marquer la première étape d'une tumeur maligne, peuvent au contraire être l'indice de phénomènes d'obstruction chronique avec débâcles.

Deux points sont donc à surveiller attentivement : d'une part, l'interrogatoire serré du malade sur ses antécédents au point de vue de la régularité des selles avant cette période nouvelle pour laquelle il vient consulter ; d'autre part, l'examen attentif des caractères des selles au point de vue de leur conformation macroscopique : cette diarrhée stercorale, comme l'a appelée Nothnagel, est constituée uniquement par une sorte de bouillie, de purée demi liquide et, dans les cas les plus accentués, par un liquide dans lequel on ne trouve aucune scybale, aucune formation stercorale présentant quelque consistance.

C'est un phénomène réflexe, à point de départ au niveau de la lésion primitive qui, chez des sujets prédisposés, amène une production exagérée de liquide, une hypersécrétion anormale, portant sur tout le conduit intestinal, produisant une évacuation considérable.

Il est à remarquer que ces diarrhées cèdent peu aux divers agents médicamenteux employés pour les com-

battre ; le nombre des selles peut être diminué mais le malade n'arrive jamais à reconquérir le taux normal habituel et, au bout de quelques jours, alors que des astringents les plus variés ont été essayés avec des résultats divers, le nombre des selles augmente progressivement. Il semble même qu'il y ait une recrudescence après une amélioration transitoire et trompeuse.

Nous rapportons ici deux observations qui sont de nature à donner une idée de ces sortes de diarrhées véritables, phénomène initial dans le cancer sigmoïdien.

Observation I (Service de M. le Dr Mathieu). — *Début par diarrhée très abondante : 10 à 12 selles par jour. — Glaires et filets de sang, ces phénomènes n'ayant pas cédé aux différents traitements employés.*

Catherine L..., 43 ans, femme de chambre. Entrée le 4 juin 1912 à la consultation spéciale de l'hôpital Saint-Antoine.

Cette malade n'a aucun antécédent héréditaire et a toujours été bien portante jusque là. Au début de juin 1912, elle commence à souffrir de l'intestin : elle ressent des douleurs vagues sous forme de coliques sourdes, calmées par des applications chaudes.

Mais, ce qui l'a frappée surtout, c'est l'installation d'une diarrhée inaccoutumée et très abondante. Elle a 10 à 12 selles par jour et expulse une grande quantité de matières liquides à la fois. Ces matières contiennent des glaires comme du blanc d'œuf pur, un peu jaunâtre, et présentent parfois quelques filets de sang.

Soumise à des traitements divers, cette diarrhée a subi une légère amélioration, mais celle-ci n'a été que temporaire et depuis quelque temps elle a continué à présenter ses mêmes paroxysmes. La douleur, par contre, a considérablement diminué.

Examen rectoscopique. — On constate l'existence de bourgeons néoplasiques rougeâtres saignant et paraissant situés à la face antérieure de l'anse sigmoïde dans sa dernière portion à 18 centimètres environ de l'anus.

Cette malade fut immédiatement dirigée sur l'hôpital Cochin dans le service du Pr Quenu, en vue d'une opération immédiate. Malheureusement, elle ne suivit ni nos conseils ni ceux du chirurgien, et c'est seulement beaucoup plus tard, lorsque les troubles s'aggravèrent, qu'elle consentit à l'intervention.

L'opération eut lieu le 7 mars 1913, c'est-à-dire 9 mois après la constatation des premières lésions. La malade mourut quelques jours après l'intervention de complications pulmonaires.

Observation II (Service de M. le Dr Mathieu). — *Début par diarrhée : 4 à 5 selles par jour ayant peu cédé aux différents traitements. — Pas de glaires ni de sang visible à l'œil nu. — Weber positif.*

P..., 68 ans. Entrée le 22 avril 1913 à la consultation spéciale de l'hôpital Saint-Antoine.

Aucune maladie antérieure.

Depuis environ 6 mois, ce malade a vu apparaître de la diarrhée, d'abord 2 à 3 selles par jour, contrairement à l'habitude où il ne présentait qu'une seule selle le matin au lever. Depuis cette époque, journellement, il a environ 5 selles au maximum, mais ces selles ne sont pas impérieuses, le malade peut se retenir lorsque le temps lui manque ; il n'est pas obligé de se lever la nuit.

Sous l'influence d'un traitement opiacé et bismuthé ordonné par son médecin habituel, il a vu ses selles se solidifier et devenir un peu moins nombreuses, mais cependant, ne jamais descendre au-dessous de 3 par jour. L'effet de la médication opiacée ne se faisait d'ailleurs pas sentir très longtemps. Au bout de 3 jours environ, des selles liquides reparaissaient, de couleur franchement jaune.

Chez lui, le malade suivait 3 mois le régime lacté avec des œufs et des fruits cuits. Il n'a pas présenté de dégoût électif, il n'a pas eu de douleurs, il n'a pas maigri.

L'examen des selles apportées par ce malade n'a montré ni glaires ni sang ; une seule selle a donné une réaction de Weber positive.

Examen rectoscopique. — La muqueuse rectale est particulière-

ment sèche et se laisse difficilement déplisser. Au niveau de la lésion, du liquide se montre d'abord sale, puis légèrement teinté de sang.

A 22 centimètres de l'anus, on voit une tumeur siégeant à la partie antérieure et droite sur le colon ilio-pelvien occupant environ les trois quarts de la circonférence de la lumière intestinale. Cette tumeur est dure, saignant facilement, ne se laissant pas déplacer par l'insufflation, alors que la portion de la muqueuse saine se laisse déplisser. Le tube de l'instrument glisse sur cette induration et, en le retirant, on sent un ressaut imprimé au rectoscope. La couleur de la tumeur est très rouge, contrastant avec les parties avoisinantes qui sont plus pâles. La grosseur est environ celle d'un œuf de pigeon.

A l'examen général, on constate que le foie est normal. On ne détermine aucune douleur à la palpation abdominale ; on ne perçoit pas la masse, mais la paroi semble épaissie. Le toucher et le palper combinés n'ont donné aucun renseignement.

Ce malade a été envoyé dans le service de M. le Pr Quenu qui l'a examiné, mais malheureusement, il n'a pas consenti à l'intervention chirurgicale proposée.

Douleurs. — Assez souvent, dans la période initiale, le malade accuse une souffrance plus ou moins vive du côté malade ; c'est le plus important et, habituellement, le premier noté des symptômes locaux. Elle est ordinairement rapportée au quadran inférieur gauche de l'abdomen, bien localisée presque pongitive. Elle varie depuis la sensation de pesanteur jusqu'aux tiraillements, aux élancements ; elle ne revêt guère à cette période la forme de coliques et ne s'irradie pas.

Cette douleur peut être continue, spontanée, s'exacerbant à la pression, à l'occasion d'un effort ou de la défécation mais, souvent, apparaissant en coup de fouet sans

cause appréciable, la circulation intestinale n'étant pas entravée.

Dans d'autres cas, elle apparaît par intermittences, toujours plus marquée quand les matières sont dures et accumulées ; dans ces conditions, elle est vive et due aux contractions intestinales sus-jacentes au noyau cancéreux ; il se produit des petites crises d'arrêt intestinal précédant de longue date les grands accidents. Comme le dit le Pr Quenu, les malades sentent quelque chose filtrer dans leur intestin goutte à goutte pour ainsi dire, puis survient une selle suffisante.

Il ne s'agit pas, bien entendu, de sténose proprement dite, mais on doit admettre qu'il se produit un spasme souvent au niveau même de la lésion, et la douleur ressentie se trouve en relation directe avec la présence de l'état spasmodique de l'intestin, cessant avec lui ; on conçoit très bien, dans ce cas, les intermittences douloureuses.

Quand la douleur est fixe et continue, il faut plutôt penser à la réaction péritonéale autour du néoplasme ulcéré et infecté.

Troubles digestifs. — Un autre symptôme précoce, qu'on peut trouver à la phase initiale du cancer de l'anse sigmoïde, intéresse l'état général du malade. Quoique le néoplasme lui-même atteigne peu l'état général, restant longtemps à l'état de lésion locale, beaucoup de malades présentent des phénomènes d'ordre digestif hors de proportion avec le degré d'avancement de leurs lésions. Ces troubles consistent en une diminution notable de l'appétit, des digestions lentes et difficiles, symptômes donnant

plutôt l'impression d'un état gastrique que d'une affection intestinale, si l'on y joint la mauvaise haleine et le mauvais goût dans la bouche, comme l'a constaté le Pr Quenu.

Dans ces conditions, le malade s'affaiblit assez rapidement et perd du poids et de ses forces.

Considérés en eux-mêmes, ces états digestifs n'ont aucune signification précise ; associés aux signes qui intéressent la partie inférieure du tube digestif et que nous venons de décrire, ils doivent, au contraire, être un indice sérieux d'une affection beaucoup plus grave que celle à laquelle on pouvait primitivement penser.

CHAPITRE II

Deuxième période : Obstruction chronique

Sommaire :

Alternatives de diarrhée et de constipation. — Fausse diarrhée. — Examen des selles : mucus ; sang ; fragments de tumeur ; albumine.

Cette seconde période est marquée par des phénomènes dûs à la présence d'un obstacle sur le trajet de l'intestin et de symptômes relevant de la nature de cet obstacle.

Le caractère anatomique du néoplasme, étant dans l'immense majorité des cas, la structure lente et progressive de la lumière intestinale, nous allons assister à toutes les phases de l'oblitération, depuis la simple obstruction incomplète jusqu'à l'occlusion, terme ultime de la maladie. En même temps que s'établira ce phénomène mécanique, surviendront d'autres signes traduisant l'altération de la muqueuse ; localement, nous verrons se constituer des ulcérations intéressant la masse néoplasique elle-même ou la portion sus-jacente de l'intestin ; l'irritation extrême de la portion sus-stricturale amènera un état d'hyperexcitation glandulaire ; enfin, les symptômes généraux seront en correspondance avec l'évolution du cancer lui-même.

Obstruction. — Celle-ci est, parfois, le premier symptôme du cancer sigmoïdien ; maints malades ne viennent consulter qu'à cette période, les symptômes qu'ils ont pu présenter auparavant n'ayant pas suffisamment attiré leur attention. Sur 39 cas réunis par Denck, 12 débutèrent par un tableau d'obstruction.

Le plus généralement, celle-ci est lentement progressive, procédant par petites crises qui deviennent de plus en plus fortes et se répètent de plus en plus souvent.

Elle se traduit par des symptômes physiques très nets, le plus souvent perçus et décrits par le malade lui-même, qui constituent le syndrome de Kœnig.

Le ventre se ballonne, devient tendu, douloureux, le malade voit comme des boules se dessiner, le plus souvent partant à droite de la ligne médiane, gagnant progressivement la fosse iliaque gauche, devenant de plus en plus dures à mesure qu'elles avancent vers l'obstacle ; puis soudain, elles s'affaissent en même temps que se produit un bruit analogue à celui que fournirait la succussion d'une bouteille à demi remplie d'air et d'eau. A ce moment, le malade ressent un grand bien-être, la douleur est moins vive, plus diffuse et ne présente plus ce caractère de colique atroce (colicky pain des auteurs anglais) qu'elle revêt au moment de la crise.

L'accès est terminé, l'angoisse du malade fait place à un état d'euphorie qui dure jusqu'au moment où se reproduit une crise analogue. Dans l'intervalle de ces crises, il persiste un léger état douloureux dû à ce que l'intestin est en état de spasme. A la suite d'une semblable crise, il est presque constant que le malade éprouve un violent besoin d'aller à la garde-robe. C'est à ce

moment que, chez le constipé habituel, après un état de constipation de 5 à 6 jours, on voit survenir de véritables débâcles diarrhéiques, sortes de défécations par regorgement, ont dit quelques auteurs. Il peut avoir 5 ou 6 selles à peu d'intervalle, après lesquelles s'installe à nouveau la constipation.

C'est surtout à cette période qu'on assiste à ces alternatives de diarrhée et de constipation qui ont été décrites par maints auteurs, comme un des signes de début.

Mais il ne s'agit pas ici d'une diarrhée vraie ; les matières dures agglomérées au-dessus de l'obstacle sont liquéfiées par un excès de sécrétion ; il est facile de nous en rendre compte en examinant soigneusement les bassins successifs. Il est possible que la première ou les deux premières selles soient entièrement liquides, mais il ne faut pas se hâter de conclure ; attendons les suivantes et nous constaterons la présence de petites boules de matières dures, imparfaitement liquéfiées, nageant dans le liquide d'hypersécrétion.

Il est bien rare que la forme de ces matières donne une indication quelconque et les fèces rubannées comme passées au laminoir, ne sont pas de constatation courante.

Examinons de plus près les matières, et nous pourrons retirer de cet examen quelques indices nouveaux : nous voulons parler de la présence du mucus ou de membranes, de sang et d'albumine.

Mucus. — Le mucus n'est pas constant ; sa formation est due à l'irritation glandulaire par la stagnation des matières au-dessus de l'obstacle. On le trouve généralement accolé à la surface des matières et non mélangé à

celles-ci, du moins quand on peut constater sa présence en dehors des crises diarrhéiques, cas auquel il nage dans la bouillie et ressemble à du frai de grenouille. Parfois, quand la stagnation a été très longue au-dessus de l'obstacle, le mucus se concrète en membranes qui atteignent plusieurs centimètres de long. La présence de ces fausses membranes coïncidant avec les débâcles diarrhéiques est un bon signe de fausse diarrhée.

Sang. — La constatation du sang dans les selles se présente différemment suivant les cas : ou bien l'examen direct montre des filets de sang accompagnant les matières, ou bien il est nécessaire de faire des recherches microscopiques ou chimiques, pour déceler sa présence.

Le sang dans les selles est habituellement mentionné comme un des symptômes du cancer sigmoïdien ; il semble, en effet, que c'est celui qui saigne le plus facilement de tous les néoplasmes intestinaux. Lowson en faisait un signe de début, et de Bovis a écrit que la diarrhée pouvait être sanglante dès le début de la maladie.

Au total, l'hémorragie est loin d'être constante, surtout au début. Clogg, sur 37 tumeurs du colon pelvien, a trouvé du sang dans 14 cas seulement ; il est vrai de dire que l'examen microscopique ne fut jamais pratiqué, et que la constatation porta seulement sur les hémorragies visibles à l'œil nu. Il ne faut toutefois pas attendre la présence de ce symptôme pour conclure à la malignité de la lésion, quantité de malades atteignant l'obstruction complète sans avoir jamais présenté de sang dans leurs excréta. Nous devons considérer sa présence comme un symptôme d'ulcération et, en conséquence, signe d'un

stade assez avancé de la lésion. Comme l'a dit Milton Foote, la présence du sang et du mucus dans les selles est étroitement associée dans le temps et dans son origine avec les alternatives de diarrhée et de constipation.

Fragments de tumeur. — On a signalé dans les selles des fragments de tumeur, petits morceaux nettement identifiables microscopiquement, ou même macroscopiquement, ou bien agglomérations de grandes cellules cancéreuses généralement altérées, que seuls les examens microscopiques systématiques permettent de rencontrer, rarement du reste.

Albumine. — La recherche de l'albumine dans les selles est basée sur ce fait que toute inflammation, toute lésion, même superficielle de la muqueuse, laissent passer de l'albumine (Ury, Schmidt, Schlossmann) ; mais les quantités infinitésimales d'albumine ainsi formées, ne peuvent être mises en évidence que par des procédés impraticables en clinique journalière. Par contre, des quantités notables, toujours en rapport avec des lésions importantes de l'appareil digestif, sont reconnues au moyen de la réaction au sublimé qu'a signalée M. Triboulet, en coprologie infantile.

Voici comment le Dr Goiffon opère au Laboratoire de M. Mathieu, à l'hôpital Saint-Antoine :

On dilue une minime quantité de matières dans un tube à essai dans lequel on verse quelques centimètres cubes de sublimé acétique (sublimé 3 grammes 50, acide acétique 1 centimètre cube, eau distillée 100 centimètres cubes).

Au bout d'un certain temps, le contenu du tube se sépare en deux couches : l'une supérieure trouble, l'autre inférieure, composée de matières, de substances albuminoïdes précipitées par le sublimé.

Cette précipitation n'a lieu qu'en présence de l'albumine et il est nécessaire que celle-ci se présente en quantité assez considérable. Chaque fois que la réaction fut positive, la clinique montra l'existence de grosses lésions du gros intestin ; il est probable que l'albumine susceptible d'être mise en libérté par des lésions du petit intestin, a le temps d'être digérée avant l'évacuation des matières. La présence de l'albumine dans les selles n'est pas spéciale au cancer, mais, le plus souvent, elle est fonction de tuberculose ou de néoplasme ; c'est à ce titre que cette recherche mérite d'être signalée.

Symptômes généraux. — L'état général reste longtemps peu affecté, c'est dû à ce que, nous l'avons déjà vu, le néoplasme reste longtemps à l'état de lésion locale.

L'amaigrissement, les symptômes de cachexie, sont plutôt le résultat de l'insuffisance alimentaire, le malade redoutant le retour de ces crises à l'occasion de ses digestions. La fièvre est rare à cette période.

L'examen des urines a montré souvent de l'hypoazoturie, traduisant l'insuffisance de l'alimentation et de l'indicanurie en rapport avec les fermentations intestinales.

Evolution. — La durée de cette seconde période est éminemment variable. Les crises d'obstruction se renou-

vellent à des intervalles plus ou moins rapprochés et il peut s'écouler de 2 à 3 ans avant d'assister à l'obstruction complète. La stricture de l'anse se fait progressivement, mais n'est jamais complète du fait même de la masse néoplasique. Il reste toujours une petite lumière intestinale, d'ailleurs facilement obturée, soit par la masse fécale poussée par les contractions sus-jacentes, soit encore, par des corps étrangers qu'on n'a pu retrouver lors des opérations ou à l'autopsie.

Quoi qu'il en soit du mécanisme, nous ne tarderons pas à arriver à l'obstruction terminale sur laquelle les purgatifs n'auront plus aucune action.

Dès lors, c'est le tableau de l'occlusion ; nous entrons dans la troisième période qui est aussi celle des complications.

CHAPITRE III

Troisième période : phénomènes d'occlusion.

Causes. — Les causes de l'occlusion dans le cancer sigmoïdien, sont variables suivant les sujets : on peut cependant les ramener à 3 principales que nous rangerons suivant l'ordre de fréquence.

Occlusion incomplète, le plus souvent par sténose cancéreuse proprement dite.

Occlusion le plus souvent complète par corps étrangers.

Occlusion par invagination de la tumeur.

Comme nous l'avons dit, la sténose cancéreuse elle-même ne détermine presque jamais une occlusion absolue, une oblitération parfaite de la lumière intestinale ; généralement, les gaz passent même à la période la plus critique.

La présence des corps étrangers n'est pas rare au niveau des cancers sténosants ; le plus souvent, ce sont des corps durs, noyaux ou pépins de fruits ou des scybales durcies enchatonnées dans le tissu néoplasique ; ils déterminent une occlusion brusque, rapide, qui peut même être le premier symptôme du cancer du colon pelvien.

Rémy et Bouvet ont rapporté une observation d'un néoplasme de l'S iliaque chez une malade de 22 ans, présentant de l'occlusion datant d'une semaine, sans constipation ni diarrhée antérieures ; on réséqua la tumeur qui montra un rétrécissement néoplasique de l'intestin dont la partie encore perméable était obstruée par un fragment d'os en forme de coin.

L'invagination de la tumeur sous l'influence des contractions péristaltiques est aussi une des causes d'occlusion aiguë : Delore et Chalier d'une part, Villard ensuite, ont rapporté des cas où se produisirent des phénomènes d'occlusion par invagination de la tumeur dans le rectum.

Symptômes. — Le tableau général est celui de toute occlusion intestinale, quelle qu'en soit l'origine.

Le plus souvent, les phénomènes qui ont marqué l'obstruction la plus grave, s'exagèrent encore et c'est insensiblement, progressivement, que le ventre se météorise, que le facies revêt son image si caractéristique : la teinte du visage devient pâle, les traits se tirent, les yeux s'excavent et se cernent, le nez se pince et s'effile, devient froid en même temps que les extrémités ; le corps tout entier se couvre de sueurs froides.

Parallèlement, la respiration devient de plus en plus rapide, le pouls petit, filant sous le doigt, exagère sa précipitation.

Au milieu de tout ce drame, le malade garde son intelligence intacte et si on l'interroge à ce moment, il peut encore décrire les principaux phénomènes qui se sont succédés jusqu'à cette époque.

D'autres symptômes viennent s'ajouter à ce tableau : la suppression des matières et parfois, des gaz par l'anus. Nous avons vu que dans l'occlusion incomplète, la plus fréquente, le malade peut encore expulser quelques gaz ou même un peu de liquide diarrhéique sanieux ayant filtré à travers la lumière intestinale et provenant de la transsudation séro-muqueuse.

Les vomissements sont généralement tardifs : on assiste plutôt à des nausées pénibles ; plus tard, ce sont des parcelles alimentaires, du mucus, de la bile que rend le malade. Quant aux vomissements fécaloïdes, on n'en rencontre le plus souvent pas dans ce genre d'occlusion bas située.

Le météorisme abdominal n'est pas toujours diffus ; ordinairement même, à la suite des contractions péristaltiques de l'anse de l'intestin sus-jacent à l'obstacle, les fibres musculaires s'épuisent, résistent mal dans la suite et s'ectasient : c'est ainsi que certains auteurs ont pu décrire une asystolie intestinale. La conséquence de ce fait est la dilatation secondaire du gros intestin qui porte principalement sur le cœcum.

Clogg, dans sa revue sur le cancer du gros intestin, signale trois cas où le premier signe de l'obstruction terminale fut la *dilatation aiguë du cœcum*. Peut-être faut-il admettre, avec Silbermark, une raison anatomique à ce fait. Cet auteur dit que le cœcum se dilate quelquefois seul et, en premier lieu, parce qu'il n'est pas complètement entouré du méso, ce qui lui permet de s'étaler entre le péritoine et la paroi, à l'inverse du colon transverse qui, complètement entouré par le méso, ne peut se comporter de cette façon ; l'anatomie nous

apprend encore que les trousseaux fibreux groupent beaucoup plus étroitement que partout ailleurs, le squelette élastique longitudinal du colon, que les fibres circulaires sont plus clairsemées sur le cœcum que dans les autres parties du gros intestin.

Le fait clinique est net : tympanisme dans la fosse iliaque droite faisant songer, tout d'abord, à une obstruction portant sur le coude droit du colon et, en fait, résidant sur le segment sigmoïdien.

Le même phénomène se produit à l'occasion d'un autre symptôme : la douleur.

Avant de devenir diffuse, à irradiations diverses, elle peut présenter des localisations qui n'ont aucun rapport avec le siège de l'occlusion : Shiller et de Bovis signalent deux cas de *douleur cœcale* extrêmement vive et masquant tout autre symptôme dans les néoplasmes de l'S iliaque ; cette douleur paradoxale serait, pour eux, justement due à la dilatation du cœcum.

Dans la suite, elle perd de sa précision, et il est difficile de citer des points particulièrement douloureux, les irradiations étant multiples.

Evolution. — Arrivée à ce stade, la maladie ne saurait évoluer longuement : l'hypothermie est de règle, les urines diminuent et se suppriment, l'organisme imprégné de toxines microbiennes n'offre plus aucune défense et généralement, au bout de 6 à 8 jours, souvent moins, le malade meurt dans le collapsus.

Actuellement, il semble qu'on assiste de moins en moins souvent à ce tableau de l'occlusion aiguë, quand il s'agit de cancer ; cela tient à ce fait que les malades

ayant subi plusieurs crises successives d'obstruction sont prévenus contre l'imminence d'une crise beaucoup plus grave, dans laquelle leur vie est sérieusement menacée et l'opération est le plus souvent bien acceptée, longtemps avant l'apparition des phénomènes aigus que nous venons de décrire.

Ceux-ci peuvent se montrer chez les malades comme premiers symptômes d'un cancer sigmoïdien où la présence d'un corps étranger aura déterminé brusquement l'occlusion aiguë chez des malades n'ayant manifesté que peu de troubles antérieurs.

On peut donc conclure, sans beaucoup de restrictions, que l'occlusion aiguë par cancer, symptôme tardif et ultime, ne doit guère se rencontrer à l'heure présente.

CHAPITRE IV

L'obstacle.

Sommaire :

Moyen d'investigation : Par la main — Exploration manuelle simple. / Exploration manuelle combinée aux touchers rectal et vaginal.

Par la vue — Sigmoïdoscopie. / Radioscopie.

L'obstacle au libre cours des matières est constitué par une tumeur dure, bosselée, dont la grosseur est variable suivant les cas et dont la mobilité est relativement grande le plus souvent.

Elle n'apparaît jamais au début des accidents, elle se perçoit tardivement, quelquefois même jamais, en dépit de tous les moyens employés.

Elle n'est pas toujours palpable bien que son existence soit démontrée par d'autres procédés. Clogg, sur 22 cas de cancer de l'S iliaque a trouvé seulement 7 tumeurs palpables et encore il n'est pas indiqué sur quel segment de l'S iliaque elles se trouvaient. Il sera donc bon de ne pas attendre ce symptôme pour faire le diagnostic.

Quand la tumeur existe, on peut la trouver dans des endroits très divers suivant la position de l'anse oméga : dans la fosse iliaque droite, dans la fosse iliaque gauche ;

elle peut être abdominale, sus-vésicale, latéro-utérine, prêtant dans chacun de ces cas à autant de diagnostics différents.

Czerny, Quénu signalent des cas où la tumeur de l'S iliaque était fusionnée avec le colon transverse formant une masse sous-ombilicale. Lange a vu l'S iliaque et le colon ascendant formant une tumeur hypogastrique droite ; von Wahl, le colon pelvien adhérent à l'ovaire droit secondairement néoplasique.

Cependant, la position la plus habituelle est la position pelvienne.

La tumeur elle-même n'est pas uniquement néoplasique : plusieurs éléments entrent dans sa constitution et, on peut dire que sa constatation est en relation directe avec la superposition de ces éléments : c'est d'abord au niveau même de la tumeur, la réaction inflammatoire des tissus ; les parois intestinales s'épaississent, mais ce stade est généralement tardif, alors que l'ulcération de la masse apparaît avec sa conséquence habituelle, l'infection.

Bien avant ce nouveau phénomène, peuvent s'adjoindre deux facteurs importants : le spasme d'abord, très vite constitué, pouvant siéger au niveau de la tumeur elle-même ou un peu au-dessus, ou bien à distance étant alors une cause d'erreur parfois grave de conséquences, En second lieu, l'accumulation des matières au-dessus de l'obstacle forme une tuméfaction qui peut être prise elle-même pour la lésion néoplasique.

Nous allons étudier maintenant les différents procédés qu'on doit mettre en œuvre pour établir l'existence de la tumeur d'abord, son identité ensuite.

Il faut peu compter sur la **percussion** : la matité relative qu'elle peut donner est très difficile à déterminer et peut prêter à erreur.

Palpation. — La palpation de l'anse sigmoïde présente de sérieuses difficultés. Il est bon de prendre, avant de commencer le palper, quelques précautions :

Le malade sera placé dans le décubitus dorsal, sur un plan incliné à 45° ; cette situation a pour but de faire tomber les anses intestinales grêles, de dégager l'anse qui, grâce à un méso assez long, pourra se prêter plus facilement à l'investigation.

Comme le recommande M. Duval dans sa thèse, il est bon de s'assurer de la situation du segment iliaque qui sera senti sous la forme d'un cordon roulant sous les doigts. Placé à la gauche du malade, lorsque cette détermination sera faite, la main droite ne quittant pas ce point de repère, la main gauche essaiera de suivre la continuité du cordon perçu, gagnant peu à peu la région sus-pubienne en déprimant très profondément la paroi abdominale ; on pourra ainsi explorer une partie de l'anse sigmoïde.

Mais, le plus souvent, on ne doit pas se contenter de cette simple palpation : on peut avoir des renseignements beaucoup plus nets par le toucher rectal combiné à la palpation abdominale ou par le toucher vaginal également combiné.

Le toucher rectal se pratique avec l'index de la main gauche, la droite restant toujours au niveau de son point de repère, le segment iliaque du colon ; l'index gauche atteint le promontoire ; à partir de ce moment, la main

droite devient active, gagne progressivement la région médiane et s'efforce d'arriver au contact de l'index : à ce moment, les deux mains travaillent ensemble et pincent l'anse qui est suivie aussi loin que possible. Pour donner plus de longueur au doigt chargé du toucher, on peut placer le malade en position latérale droite, le tronc infléchi ; les autres doigts de la main gauche recourbés déprime fortement le périnée.

Dans certains cas, l'anesthésie générale sera nécessaire et permettra d'obtenir des renseignements plus complets ; Yeomans conseille l'anesthésie générale et l'introduction des deux premiers doigts dans le rectum, faisant une contre-pression avec l'autre main au-dessus du pubis ; avec les deux doigts on gagnerait environ 2 cent. 1/2 et les tumeurs de la partie inférieure de l'anse pourraient être ainsi perçues à travers la paroi rectale. En changeant la position du malade sur le côté, on peut parcourir une aire plus vaste dans la recherche des tumeurs mobiles.

Nous nous refusons à employer la méthode de Simon qui consiste dans l'introduction entière de la main dans le rectum.

Le toucher rectal seul ne donne de renseignements que lorsque la tumeur est invaginée.

De même, on pourra faire le toucher vaginal combiné à la palpation abdomino-pelvienne ; ses données sont moins certaines en raison des erreurs nombreuses dues aux annexes malades ou prolabés.

La palpation sous l'eau pratiquée en Allemagne, ne paraît pas beaucoup préférable ; quant à l'insufflation rectale recommandée par Shilling pour éviter de prendre pour l'S iliaque une anse ptosée du transverse, ou pour

déterminer si la tumeur est extra ou intra-colique, elle est dangereuse avec des tissus malades, elle est inutile puisque nous avons d'autres procédés plus recommandables : la sigmoïdoscopie et la radioscopie.

Sigmoïdoscopie. — Cette recherche rentre de plus en plus dans les procédés courants d'exploration ; c'est une méthode simple, sûre, rapide, qui ne comporte qu'un défaut : celui de ne pouvoir s'appliquer qu'à une portion de l'anse sigmoïde.

L'examen endoscopique au moyen des tubes dont nous disposons habituellement, ne permet l'exploration que des vingt premiers centimètres au plus de l'anse omega, à partir de la terminaison du rectum ; c'est dire que la plupart du temps, une bonne moitié restera cachée et c'est alors que la radioscopie sera indiquée.

Cet examen devra être précoce chez un malade présentant des symptômes de la première heure : constipation insolite, douleur sur le trajet du colon pelvien ou crises de diarrhée inaccoutumées; on doit dès ce moment pratiquer l'examen endoscopique et, à plus forte raison, si les procédés cliniques n'ont fourni aucun renseignement.

Quand la tumeur a été déterminée par la palpation, il est nécessaire de pratiquer néanmoins un examen sigmoïdoscopique pour permettre de faire le diagnostic différentiel.

Nous devons insister sur ce point essentiel, qu'elle doit être pratiquée de très bonne heure. Friedrich rapporte que, dans 22 cas de lésions néoplasiques portant sur le rectum ou l'S iliaque, elles furent découvertes par l'exa-

men endoscopique et de si bonne heure que 7 malades de ce groupe furent définitivement guéris par l'excision. Des 15 autres, plusieurs auraient pu être sauvés si l'endoscopie eût été pratiquée plus tôt. L'auteur insiste sur l'endoscopie dans tous les cas de constipation se développant chez des personnes ayant habituellement un bon fonctionnement de l'intestin, spécialement quand elle est associée avec du ténesme, des douleurs continues dans la région sacrée, du sang et du pus seuls ou avec des selles, des hémorragies en dehors de la défécation. Nous considérons même qu'il est déjà tard lorsqu'on voit apparaître ces derniers symptômes qui, nous l'avons vu, sont le plus souvent tardifs, indiquant une lésion ulcérée ou infectée qui, pratiquement, peut rendre l'exérèse pénible.

Instrumentation. — Tube de 35 centimètres avec mandrin se terminant par une olive, qu'on retire après introduction dans la première portion du rectum.

Eclairage électrique direct au moyen d'une petite lampe de 4 à 6 volts fixée sur une tige ayant même longueur que le tube ; cette tige s'adapte sur une pièce mobile, recevant, en outre, les deux électrodes. Une troisième pièce également mobile, munie d'un verre, obture la précédente ; un insufflateur peut se fixer à l'extrémité de cette troisième pièce.

Préparation du malade. — Pour permettre un examen dans d'excellentes conditions, il est bon de donner la veille un purgatif ; quelques instants avant l'examen, on donnera un lavement évacuateur. Quant aux malades

diarrhéiques, plusieurs lavages seront nécessaires avant l'introduction du tube.

On pourra faire un examen extemporané si les circonstances l'obligent, mais dans ce cas, on sera vraisemblablement gêné par l'écoulement des matières et on devra éponger très souvent à l'aide de stylets porte-tampons.

Position. — Le malade devra être mis en position génupectorale, cette dernière facilitant les mouvements de l'anse pelvienne du colon, qui grâce à son méso, peut quitter le bassin et se déplisser. Quelques opérateurs lui préfèrent la position dorsale, le siège surélevé. Dans certains cas, enfin, ces deux positions peuvent ne pas prêter facilement à l'introduction du tube et on devra leur préférer la position latérale gauche ; nous avons vu pourquoi, dans nos explorations sur des sujets à l'amphithéâtre.

Technique. —L'introduction du tube se fait simplement grâce au bout olivaire terminant le mandrin ; aussitôt l'anus franchi, ce qui s'accomplit facilement en allant doucement et en disant au malade de pousser légèrement, on retire le mandrin et on introduit à sa place la tige munie de sa lampe. A partir de cet instant, l'instrument ne doit progresser que sous le contrôle de la vue. On est parfois arrêté dans cette progression par le repli recto-sigmoïde ; on insuffle alors légèrement et on voit s'ouvrir un petit orifice elliptique qu'on déprime avec le bout de l'instrument ; dès lors, on est dans l'anse et le sigmoïdoscope plonge de haut en bas dans le bassin. A ce moment, on peut être arrêté de nouveau par des spasmes

ou par des coudures de l'anse avant que l'instrument n'arrive sur le néoplasme lui-même.

Renseignements fournis. — Le cancer peut se présenter sous différents aspects :

Tantôt c'est la végétation en chou-fleur, de coloration rouge foncé ; c'est la forme végétante la plus commune : on voit de petits mamelons pressés les uns contre les autres, saignant très facilement au contact du tube. On peut trouver seulement, surtout au début, de petites tumeurs largement implantées sur la paroi intestinale, bosselées, recouvertes de mucus, paraissant blanc-grisâtre quand elles sont séchées. Le liquide qui les recouvre a une odeur fétide spéciale.

Tantôt ce sont des tumeurs à forme arrondie, régulières, presque lisses, dont la consistance est dure et ne saignent pas si facilement : ce sont des sarcomes.

La forme ulcéro-végétante du cancer se manifeste par la présence d'une géode à fond gris sale ; les bords en sont inégaux, garnis de bourgeons.

Parfois, on peut passer l'instrument au-delà de la masse surtout quand celle-ci n'intéresse pas la circonférence entière de l'intestin ; quand on retire le tube, on sent comme un ressaut au moment où l'extrémité se dégage du voisinage de la tumeur. Dans ce cas, elle est généralement mobile ; ce sont les bons cas chirurgicaux : l'Observation II en est un exemple.

La mobilité peut être appréciée par l'insufflation. Si la tumeur fuit devant le tube à la première injection d'air, on peut conclure à sa parfaite mobilité. On peut se rendre compte de la paroi intéressée, de son extension à une partie ou à toute la circonférence de l'intestin.

Quant à la grosseur, hormis les cas où elle est très petite et mobile, il est bien difficile de s'en rendre compte par la vue.

Les lésions de voisinage donnent parfois des renseignements complémentaires : on a pu constater en passant, que la muqueuse rectale était de teinte plus terne ; le poli a pu disparaître. Quant à la muqueuse voisine de la tumeur, elle est recouverte très souvent de liquide sanieux, grisâtre, horriblement fétide ; si on prend soin de la nettoyer, elle apparaît d'un rouge sombre caractéristique. La zone de délimitation n'est pas nette avec la muqueuse saine.

La sigmoïdoscopie permet encore l'accès direct sur la lésion : au moyen d'une longue pince, on peut enlever un fragment de tumeur et en faire l'examen histologique. On évite ainsi, dans bien des cas, la laparotomie exploratrice.

Radioscopie. — Préparation du malade. — Elle est extrêmement importante ; elle a pour but de débarrasser l'intestin de toutes les matières fécales qui, par leur accumulation, peuvent être une cause d'erreurs dans l'interprétation de l'image par la fixation du bismuth à leur niveau. Il faudra donc procéder à l'évacuation absolue du colon.

Avec Yeomans, nous recommandons de laisser pendant 48 heures avant l'examen, le malade à un régime extrêmement léger ; une petite dose d'huile de ricin sera donnée pendant deux matinées consécutives, puis une purgation complète, avec un sel de magnésie. Il ne sera pas besoin d'administrer de lavement évacuateur.

Technique. — Trois méthodes sont à notre disposition : *L'administration par la voie haute* de bismuth se fait de la façon suivante : on donne au malade un repas composé d'une bouillie au lait ou d'une purée de féculents, 3 à 400 grammes environ, dans laquelle seront délayés environ 30 grammes de carbonate de bismuth. C'est le repas de Riéder. En Amérique, on force davantage ce repas : Cheney (1) donne du riz bouilli, du bouillon d'orge ou de la viande hachée, suivant les goûts du malade ; puis une ou deux onces de sous-carbonate de bismuth sont enrobés dans une pâte déliée avec de l'eau ou du lait ; puis les aliments sont ajoutés petit à petit à la suspension de bismuth avec laquelle ils sont mélangés : le tout est servi chaud. Il semble qu'avec cette méthode on se rapproche le plus de la normale, et que les conditions dans lesquelles on fera l'examen de l'intestin seront à peu près les mêmes qu'à l'état habituel.

L'examen aura lieu après 24 heures ; à ce moment, l'anse sigmoïde est généralement remplie.

Cette méthode a été jugée différemment ; tandis que quelques auteurs lui préfèrent nettement la méthode par lavement qui donne des résultats immédiats, De Quervain, de Bâle, la considère comme la méthode principale à laquelle le lavement bismuthé vient se joindre dans les cas seulement où l'on peut attendre des renseignements spéciaux en ce qui concerne la dilatabilité de l'intestin et de l'existence des rétrécissements.

La seconde méthode, celle du *lavement bismuthé*, a cet avantage qu'elle est appliquée au moment même de

(1) Cheney. In *The American Journal*, 1910.

l'examen. Pour faire un bon examen, on doit suivre sur l'écran radioscopique la progression de la masse bismuthée. Le lavement composé d'un demi litre d'eau gommeuse, dans laquelle se trouvent en suspension 100 gr. de carbonate de bismuth ou mieux, d'un mucilage bismuthé qui sera introduit lentement au moyen d'une canule assez longue, assujettie à un bock. MM. Jaugeas et Friedel se servent de préparations pâteuses qui supprimeraient les poches gazeuses produites même avec les mucilages. Ils font un mélange de vaseline et d'huile de vaseline à parties égales auquel on incorpore du carbonate de bismuth ou du sulfate de baryte dans la proportion de 40 à 50 %.

Le malade est examiné couché.

Après avoir distendu l'ampoule rectale, le liquide s'arrête à l'union du rectum et du colon pelvien, puis reprend sa progression en dessinant l'anse sigmoïde, et s'arrête de nouveau à l'union de l'anse et du colon iliaque, puis il dessine celui-ci. Il est à remarquer immédiatement, que ces points d'arrêts du liquide correspondent aux rétrécissements normaux anatomiques de la région ; il faut les connaître pour ne pas commettre d'erreur. Dans la position couchée, le point le plus élevé du colon ilio-pelvien touche le bord inférieur de la 5e vertèbre lombaire (Aubourg).

Une troisième méthode nous est indiquée par Cheney. Elle consiste dans l'examen de l'intestin, complètement évacué de son contenu, et sans bismuth. Le colon est partiellement distendu par de l'air à travers le rectum : de bonnes indications seront fournies de cette façon.

Interprétation. — L'examen radiologique de l'S iliaque

dans les cancers de cette partie de l'intestin peut nous indiquer l'existence d'une tumeur et la sténose.

1° *Tumeur*. — Quand tous les procédés ont échoué, palpation méthodique, sygmoïdoscopie, ou quand la lésion aura échappé à l'investigation par sa position hors d'atteinte, ou grâce à ces petites dimensions, la radioscopie peut-elle nous démontrer son existence ?

Il est rare que, seule, elle puisse permettre d'affirmer l'existence d'une tumeur à son début. La déformation lacunaire de l'image qui sert constamment dans l'examen radioscopique de l'estomac est d'une constatation très rare dans le cancer de l'S iliaque. Cooper, cité par Cheney, dit que dans le diagnostic précoce du cancer du colon, les rayons X ne donnent rien, ou sont d'un petit secours. Il faut admettre que la tumeur a acquis déjà un volume suffisant pour être décelable aux rayons X, et il est fort probable que, dans ces conditions, elle pourra être retrouvée par d'autres procédés. La radioscopie n'est alors qu'un moyen de contrôle pour fixer le segment d'intestin sur lequel porte la lésion ;

2° *Sténose*. — Par contre, dans l'obstruction de la lumière, nous aurons de précieux renseignements à tirer de la radioscopie.

Parmi les principaux signes du rétrécissement, de Quervain, de Bâle, range la dilatation de la portion intestinale en amont. Dans l'examen sous l'écran, en même temps qu'est donné le lavement bismuthé, qu'avec M. Béclère nous préférons au repas, nous pouvons espérer montrer le point d'arrêt dans le passage du bismuth, mais, pour que l'examen ait toute sa valeur, il faut des séances répétées et des conclusions analogues à chaque examen pratiqué.

Au-dessous de la sténose, l'image radioscopique indique souvent que le lait de bismuth s'est accumulé dans le rectum ; cette dilatation du rectum au-dessous du retrécissement est un fait assez fréquent ; il semble qu'il y ait un relâchement des parois intestinales. De cette masse rectale, le bismuth progresse, arrive au niveau du rétrécissement, celui-ci peut être suffisant pour empêcher toute ascension ; dans ce cas, la sténose se caractérisera par un arrêt brusque du lavement ; cet arrêt sera permanent, visible à tous les examens ; il ne se modifiera ni par l'augmentation de pression du lavement, ni par le massage local. Le plus souvent, elle laissera filtrer par un tout petit canal, une mince traînée noire qui atteint la portion sus-stricturale ; celle-ci se remplit et dessine une grosse masse nouvelle.

Un phénomène très connu, existant parfois en même temps que la sténose mécanique, est le spasme intestinal provoqué par une injection trop rapide du lavement ; il peut créer une erreur déplorable ; d'où l'utilité des examens répétés, et chez certains malades, on pourra même ordonner dans la journée précédant l'examen, l'ingestion de 30 à 50 gouttes de teinture de belladone, ou mieux encore, donner un lavement belladoné préalable.

Nature de la sténose. — La radioscopie doit établir des faits que le médecin doit interpréter. Il y a donc une collaboration importante du clinicien et du radiographe : ce dernier ne connaissant aucun détail de la maladie, se bornera à la lecture de son image radioscopique ; il montrera presque invariablement le siège de la lésion

et ses caractères ; le médecin déterminera sa nature en harmonisant les symptômes subjectifs, et ses trouvailles cliniques avec l'image radioscopique.

Quant à la radiographie, elle sera utile pour fixer un point intéressant dans une image radioscopique, et pour pouvoir comparer avec un examen ultérieur. Il est possible de lire sur une image radiographique ce qu'il avait été impossible de saisir complètement à la radioscopie.

Nous donnons ici une image radiographique d'un cancer de l'anse sigmoïde, qui nous a semblé particulièrement nette. Cette radiographie a été empruntée à MM. Jaugeas et Friedel (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, 5 mai 1914).

DEUXIÈME PARTIE

COMPLICATIONS

Sommaire :

Perforations ..... { Dans la grande cavité.
Limitées.

Fistules ..... { Fistules sigmo-vésicales.
— sigmo-intestinales.
— sigmo-vaginales.
— sigmo-rectales.

Invaginations.
Métastases.

Perforations. — Les perforations de l'anse sigmoïde au cours du cancer sont relativement fréquentes. Bien que la plupart des tumeurs soient constituées par des squirrhes évoluant le plus souvent sans adhérences, on doit admettre que c'est dans cette portion du gros intestin surtout que se montrent avec une prédilection marquée, les perforations des parois intestinales.

Opin (de Lyon), dans sa thèse de 1894 sur les phlegmons de l'abdomen symptomatiques d'un néoplasme de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif, ne trouve que 11 cas de perforation du gros intestin, mais 5 appartiennent à l'S iliaque, ce qui semblerait indiquer un lieu de prédilection. Savariaud rapporte 6 cas de perforation ayant déterminé l'apparition de phlegmons

stercoraux pour une part et des fistules avec les organes voisins ; il n'a observé aucun cas de phlegmon par perforation du cœcum, du colon ascendant et du colon transverse, ce qui le porte à croire les perforations d'autant plus fréquentes qu'on approche de la terminaison du colon.

Le mécanisme est différent suivant les cas : il existe tout d'abord des épithéliomas térébrants qui perforent très rapidement l'intestin ; ce sont de véritables formes anatomiques du cancer sigmoïdien.

Dans plusieurs observations, au niveau du néoplasme, les parois éminemment friables, cèdent à la moindre contraction de l'intestin sus-jacent. Ce n'est plus une perforation, c'est une véritable déchirure de la paroi intestinale. Nous rapportons, à ce sujet, une observation qui nous a paru concluante.

Observation III (Muller, *Lyon médical*, 24 décembre 1911). — Femme de 62 ans, entrant pour accidents abdominaux aigus, remontant à 36 heures. 3 semaines avant son entrée, elle aurait souffert de douleurs abdominales n'ayant duré que quelques heures et cédé à des applications chaudes. Début brusque par douleurs violentes généralisées : vomissements, arrêt des matières et des gaz, météorisme très marqué. Pas de température. Toucher rectal négatif.

Incision, drainage. Mort le lendemain.

Autopsie. — S iliaque plongeant au milieu de matières et d'adhérences. Déchirure circulaire de l'S iliaque presque complète. Cavité s'ouvrant dans le péritoine. Les bords n'ont pas l'aspect bourgeonnant, ne paraissent pas épaissis ni indurés.

Examen histologique. — Paroi tout entière infiltrée de grosses cellules d'aspect épithélial, disposées sans ordonnance régulière. Epithélioma atypique.

Enfin Tuffier pense que dans certains cas il se produirait d'abord une suppuration péri-intestinale prenant naissance dans une adénopathie suppurée consécutive à l'épithélioma, adénopathie mixte, cancéro-infectieuse.

L'abcès s'ouvrirait secondairement dans l'intestin, créant une perforation de dehors en dedans.

Comme nous aurons l'occasion de l'établir pour ce qui est de l'anse sigmoïde, les ganglions sont rarement pris ou très tardivement et il n'est guère possible, dans ce cas, d'admettre ce mécanisme de perforation, tout au moins en ce qui regarde ce segment du gros intestin.

Les perforations peuvent porter en amont du néoplasme et très loin de lui. Ce sont les perforations diastasiques, véritables éclatements de la paroi. Nous avons vu au chapitre de la symptomatologie que le cœcum était souvent très dilaté, de même que le colon transverse. Cette dilatation peut être extrême jusqu'à entraîner l'éclatement. C'est Helsch qui, en 1882, fit une série d'expériences sur l'éclatement du cœcum, et donna le nom de perforation diastasique à cette rupture. 30 % des cas de perforations diastasiques se rapportent au néoplasme de l'S iliaque. 2 mécanismes ont été invoqués : ruptures par éclatement et ruptures précédées par un travail d'ulcération.

Nous rapportons, à ce sujet, les faits saillants d'une observation de Georges Luys (*Mémoires de la Société anatomique*, 1899).

Observation IV. — Femme de 45 ans, atteinte de cancer sigmoïdien ayant déterminé une occlusion intestinale datant de 20 jours. Elle fut traitée par la création d'un anus artificiel établi sur le cœcum et succomba une semaine après.

Autopsie. — Dans la fosse iliaque droite, on trouve un cœcum dilaté et éclaté sur une assez grande hauteur. Perforations spontanées à bords taillés à pic en rapport avec l'altération des parois intestinales dûe à leur énorme distension mécanique. Ces perforations portent en dehors de la bandelette longitudinale antérieure, dans cette portion connue pour sa moindre résistance.

Il existait un cancer de l'S iliaque avec rétrécissement infranchissable.

Les perforations dans la grande cavité péritonéale sont rares. On voit peu de péritonites généralisées à la suite du cancer sigmoïdien. Le cas le plus habituel est la perforation dans un espace déjà limité par des adhérences qui ont eu le temps de s'établir, à la faveur de la longue évolution du processus ulcéreux.

La perforation s'établit lentement, à l'insu du malade : la douleur est même masquée par les symptômes antérieurs ; c'est le plus souvent la tuméfaction qui attire l'attention du malade. Chez certains où, jusque-là, les symptômes habituels sont restés dans l'ombre, c'est, au contraire, par un violent frisson accompagnant une douleur aiguë, que s'installe la perforation. La température monte d'emblée à 38° et 39°.

Dans d'autres cas, comme celui que rapporte Savariaud, il y a succession de deux phases : une première dans laquelle les signes du côté de la fosse iliaque rappellent ceux de l'appendicite avec son plastron ; une seconde aiguë avec frisson, température élevée indiquant l'effraction de la suppuration dans le tissu cellulaire ou à la paroi abdominale.

Quoi qu'il en soit, l'évolution des abcès consécutifs aux perforations est différente suivant leur siège. La

résolution peut être spontanée. Dans certains cas, des accidents septicémiques extrêmement graves apparaissent. Dans d'autres, c'est l'ouverture dans un viscère voisin ou à la paroi. L'abcès ouvert laisse sourdre un pus mal lié, très fétide ; dans les jours qui suivent cette ouverture, il n'est pas rare de trouver des matières fécales dans le pansement. Dans le fond, on voit parfois apparaître des bourgeons néoplasiques qui gagnent la paroi. Au bout de quelque temps, l'orifice se comble et il reste généralement un petit pertuis donnant passage à de petites quantités de pus fétide et à des gaz. La fermeture de cet orifice peut se faire entièrement, mais la cicatrice est faible et, dans la suite, une nouvelle fistulisation se produit.

La cachexie néoplasique ou même la dégénérescence amyloïde sont les termes ultimes de cet état misérable. Le malade s'affaiblit de plus en plus et la mort ne tarde pas à survenir.

Fistules. — Les fistules consécutives au néoplasme de l'anse sigmoïde sont presque toujours un phénomène ultime, une complication du dernier jour. Dans quelques cas, elles ont pu être considérées comme un accident favorable, en mettant un terme à une crise d'occlusion.

Ces fistules s'établissent avec les viscères voisins, vessie, vagin, intestin grêle le plus souvent ; dans des cas plus rares, on a vu des fistules colo-coliques établies grâce à l'anomalie de position de l'anse sigmoïde. Quant aux fistules avec l'utérus, nous n'en n'avons pas trouvé de signalées. L'épaisseur musculaire de cet organe offrant

sans doute une barrière infranchissable à l'ulcération envahissante.

On a l'occasion de trouver ces fistules dans les formes adhérentes du néoplasme, la tumeur et le viscère envahi formant généralement un bloc où il est parfois difficile de détacher les organes les uns des autres.

Fistules sigmo-vésicales. — Ce sont de beaucoup les plus fréquentes. On les trouve le plus souvent chez l'homme, car l'anse se trouve avoir une connexion directe avec la vessie, tandis qu'elle en est séparée par les organes génitaux internes chez la femme.

Elles sont dans la majorité des cas, directes, c'est-à-dire sans interposition d'un trajet entre les deux viscères.

La perforation vésicale est plus fréquente au niveau de la face latérale gauche et en haut, au niveau de son dôme.

Les dimensions des orifices sont petites du côté de la vessie, de plus grande taille au niveau de l'anse, ce qui s'explique parce que l'ulcération a commencé à ce niveau.

Leur nombre est variable. On peut trouver un, deux ou trois petits pertuis séparés par une muqueuse saine ou légèrement épaissie, cet état subordonné au temps écoulé depuis l'établissement des fistules.

La vessie elle-même subit une altération ; elle est rapetissée, contractée. On peut trouver des altérations de cystite chronique ; muqueuse épaissie, muco-pus adhérent, teinte gris ardoisé avec points ecchymotiques, mais comme l'a dit le professeur Guyon, l'inflammation de la muqueuse vésicale ne figure pas parmi les phéno-

mènes précoces, évolue lentement, n'est pendant longtemps que très peu accentué et se modifie très facilement par de simples lavages à l'acide borique.

Le symptôme le plus précoce nous semble être la pollakiurie ; le malade urine plusieurs fois par heure ; cette pollakiurie peut d'ailleurs précéder l'ouverture de la vessie et n'être que la conséquence de l'irritation et de l'inflammation locale.

En même temps, le malade accuse de la douleur à la miction, quelquefois douleurs vives sus-pubiennes s'accompagnant de fièvre.

Les urines sont peu abondantes, très foncées, troubles, contenant parfois du sang et des débris de tissus sphacélés. Ces symptômes persistent plus ou moins longtemps quand, à l'occasion d'un effort plus ou moins violent pour uriner, ou insensiblement, s'établissent d'autres signes permettant d'affirmer la présence de fistule.

Ces symptômes nouveaux tirent leurs caractères particuliers de la présence du passage anormal établi ; le plus souvent on observe un mouvement de matières ou de gaz allant de l'anse sigmoïde vers la vessie, plus rarement au passage de l'urine dans l'intestin et élimination par les selles. Ceci s'explique d'ailleurs parfaitement en raison du maximum de pression au niveau de l'anse sigmoïde, le plus souvent en état d'obstruction plus ou moins accentuée.

Ce qui frappe le plus le malade, c'est l'émission de gaz par l'urètre à l'occasion d'une miction ou même quand la vessie est très distendue par l'accumulation des gaz intestinaux ; le sphincter est forcé et c'est dans l'intervalle des mictions que se passe ce phénomène.

Si on a soin de recueillir les urines on voit qu'elles sont très troubles, boueuses, d'odeur fétide, fécaloïde. Par le repos elles laissent déposer un magma gris verdâtre qui n'est autre que des matières fécales ; on peut y trouver également du pus provenant de la masse néoplasique.

A la palpation on détermine généralement de la douleur sus-pubienne assez vive ; on peut sentir une masse coiffant la vessie qui n'est autre que la masse néoplasique avec ses adhérences au dôme vésical.

La percussion peut, dans certains cas, donner le phénomène de la vessie résonnante grâce à la présence de gaz en excès dans sa cavité.

L'examen cystoscopique permettra de reconnaître l'orifice vésical des fistules, de faire l'examen de la muqueuse, de déterminer la nature néoplasique grâce aux bourgeons qui pourront faire irruption dans la cavité par les orifices fistuleux et enfin de montrer l'origine intestinale du néoplasme.

Nous rapportons ici une observation personnelle recueillie dans le Service de M. le Docteur Mathieu, à l'hôpital Saint-Antoine, pendant notre année d'internat 1912-1913, puis une observation de Tuffier et Dumont qui semblent toutes les deux démontrer l'existence d'une première phase antérieure à l'établissement de la fistule, phase dans laquelle il semble qu'étant donnés les symptômes présentés, on pouvait prévoir la formation de communications inter-vésico-sigmoïdiennes.

Observation V (Service de M. le Dr Mathieu). — *Forme enclavée d'un cancer sigmoïdien avec fistules sigmo-vésicales s'étant établies après une période prémonitoire dans laquelle le malade présentait de la pollakiurie, des sensations de brûlures pendant la miction et émettait des urines troubles sans dépôt.*

P..., 37 ans, entré le 26 août 1912, salle Chomel.

A. H. — Père mort à 67 ans, mère morte à 33 ans, 4 frères morts de méningite.

A. P. — Pas de maladie dans l'enfance. A fait son service militaire en France. En janvier 1912, abcès de l'anus sans fistule.

Maladie actuelle. — En mars 1911, le malade a commencé à ressentir des coliques abdominales intenses, à se tordre, pendant une période d'environ un mois ; elles survenaient tous les jours par intervalles, également la nuit, d'une durée d'environ un quart d'heure ; il avait des envies fréquentes d'aller à la selle. Il avait 7 à 8 selles par jour, non diarrhéiques, sans peaux ni glaires, rarement pendant la nuit ; rarement il présentait de la diarrhée, jamais de selles hémorragiques.

D'avril 1911 à juillet 1912, il ne présenta aucune douleur.

Juillet 1912. — Une légère constipation s'étant établie à ce moment, le malade prit un purgatif et, dans la suite, des douleurs abdominales sous forme de coliques très intenses se montrèrent. En même temps, il présenta 15 à 20 selles dans la journée et la nuit ; elles étaient liquides avec des matières dures, d'une fétidité extrême, sans glaires ni mucus. Les douleurs persistèrent pendant très longtemps. Vers le 20 août, une diarrhée noire apparut suivie de l'émission d'un peu de sang rouge.

Bien que l'appétit restât conservé, le malade maigrit de 10 kilos du 17 juillet au 26 août. C'est à ce moment qu'il entre à l'hôpital. Son poids est alors de 47 kilos.

Il se plaint des mêmes phénomènes constatés ci-dessus : selles fréquentes, occasionnellement hémorragiques, douleurs abdominales.

A l'examen local, le ventre est tendu, un peu douloureux à la pression vers la fosse iliaque gauche.

A l'auscultation pulmonaire, on lui trouve une respiration granuleuse au sommet droit. Les vibrations sont augmentées, la sonorité est moindre.

Examen rectoscopique. — Pas de déformation du rectum. Muqueuse uniformément rouge, pas d'ulcération. Pénétration du tube jusqu'à 22 centimètres sans grande douleur ; sensation de tiraillements dans la vessie, au passage du tube de l'ampoule rectale dans la portion cylindrique. Valvules non déformés. Les lavages qui ont précédé l'examen ont bien été supportés jusqu'à 800 centimètres cubes environ. Si on pousse plus loin, il y a de fortes coliques et des élancements dans la vessie.

Diagnostic. — Rectosigmoïdite superficielle en rapport avec une péri-sigmoïdite probable (?)

Traitement. — 28 août : on donne 8 comprimés d'elkossam. Les douleurs se suppriment, il y a toujours 10 selles noires.

29 août. — 8 comprimés ; 12 selles.

30 août. — 8 comprimés ; 10 selles.

31 août. — 8 comprimés et lavement de nitrate d'argent.

On le laisse à ce traitement jusqu'au 5 septembre ; les selles diminuent en nombre, il n'en présente plus que 4 à 5 seulement par jour.

Lorsqu'on supprime ce traitement, le nombre des selles augmente immédiatement.

En même temps que de ces phénomènes intestinaux, le malade se plaint d'une sensation de brûlures pendant la miction, et de ce qu'il est obligé d'uriner très souvent. En effet, 2 à 3 fois par heure, il émet de petites quantités d'urines foncées, troubles, sans dépôt, dans lesquelles on trouve de l'albumine. La quantité ne dépasse pas 3/4 de litre par 24 heures.

23 septembre. — A la palpation on sent une masse transversale rénitente, située au-dessus du pubis. Au toucher rectal, on perçoit une prostate peu grosse, des vésicules normales. La palpation manuelle combinée au toucher rectal fait percevoir une certaine résistance immédiatement au-dessus du pubis.

26 septembre. — Le malade accuse des douleurs dans le bas-ventre ; le colon descendant est bourré de matières ; on donne

d'abord un lavement qui, n'ayant rien amené, est remplacé le lendemain par l'administration d'une petite quantité d'huile de ricin. Celle-ci donne une selle peu abondante composée de billes.

28 septembre. — Les selles deviennent plus nombreuses, mais peu abondantes ; elles présentent le caractère diarrhéique, sont jaunes et d'odeur désagréable.

Dans les premiers jours d'octobre, le malade se plaint qu'à intervalles rapprochés toutes les 15 ou 20 minutes, il apparaît dans le flanc gauche un gonflement correspondant à la contraction de l'anse intestinale, disparaissant en quelques secondes avec production de bruits perçus par le malade. On voit se dessiner une tuméfaction allongée, se déplaçant de gauche à droite, et s'arrêtant à la ligne médiane. Ces symptômes seraient apparus depuis quelque temps déjà, mais le malade n'y avait pas attiré l'attention, car ils étaient peu marqués et pas douloureux.

Le 9 octobre, coliques intenses, permanentes, siégeant à la partie inférieure de la fosse iliaque gauche, irradiant vers la ligne médiane ; la région est légèrement tuméfiée, douloureuse à la palpation.

Le malade se plaignant de douleurs plus vives au moment de ses mictions, on fait pratiquer l'examen cystoscopique.

On constata des phénomènes de cystite aiguë dont rien ne permit d'affirmer la nature tuberculeuse. On voit nettement deux petites fistules par lesquelles de la matière liquide pénètre dans la vessie.

10 octobre. — Apparition de vomissements bilieux, de douleurs plus vives à la partie inférieure de l'abdomen ; contractions péristaltiques visibles ; le malade expulse plusieurs selles liquides, mais ne rend pas de gaz.

Le passage en chirurgie est décidé, avec diagnostic d'occlusion intestinale probablement consécutive à une péritonite bacillaire, intéressant le petit bassin.

Le malade est opéré immédiatement par M. le Docteur Labey ; incision fosse iliaque gauche ; on trouve un intestin absolument flasque ; le doigt introduit dans la brèche ne permet pas de sentir la plaque indurée située au-dessus du pubis qui avait été constatée avant l'opération. On se contente de fixer l'intestin à la paroi, sans

établir l'anus. Le lendemain, le malade expulsait des matières et des gaz par la voie normale. Son état s'améliore légèrement dans les jours qui suivent, mais 10 jours après cette intervention, des phénomènes d'occlusion ayant réapparu, on pratique l'anus iliaque, sur l'anse intestinale primitivement fixée.

Les jours suivant, le malade rend des matières par cet anus artificiel et aussi par la voie normale.

Mais la cachexie s'établit rapidement et moins d'un mois après l'intervention première, le malade meurt.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule environ un litre de liquide ascitique jaune, louche, renfermant quelques flocons de fibrine.

On est immédiatement frappé par ce fait que le colon pelvien est complètement dissimulé dans le bassin et que le détroit supérieur est absolument obstrué par des anses intestinales profondément fixées et formant couvercle. Le bassin, en un mot, est rempli en totalité par une masse que l'on ne peut détacher, ni des parois, ni de la vessie.

Au-dessus, dans l'abdomen, adhérences celluleuses lâches, unissant presque toutes les anses entre elles. Celles-ci sont dépolies et de couleur hortensia. On trouve de nombreux ganglions mésentériques du volume d'une noisette. Rien à l'estomac, rien au foie.

Il est absolument impossible de disséquer le contenu du bassin : il faut enlever d'un seul bloc le colon pelvien, le rectum, la vessie et les anses grêles qui plongent dans la cavité pelvienne. Ces anses grêles ainsi fixées sont au moins au nombre de deux : l'une est immédiatement voisine du cœcum, l'autre est au contraire très éloignée. Quant au colon pelvien, il est tellement replié et contourné sur lui-même, qu'il est extrêmement difficile de le suivre et d'apprécier le lieu des lésions. Il faut se représenter la vessie petite collée contre le pubis ; le colon pelvien qui la coiffe en haut s'en écarte en arrière, où l'on constate une cavité sanieuse tapissée de fongosités mollasses rosées, d'odeur fétide et s'écrasant sous le doigt. Le colon pelvien présente trois perforations : l'une communiquant avec cette cavité, large comme le doigt, avec un gros chou-fleur au point d'émergence muqueuse de la fistule : infiltrations et

végétations mollasses à quelques millimètres de distance. Deux autres perforations avec la vessie, orientées, la supérieure de haut en bas et d'arrière en avant, l'inférieure de bas en haut ; la surface interne de la vessie est presqu'entièrement couverte de fongosités.

Foie. — 1,500 grammes, sans altérations notables.

Rate. — 300 grammes.

Reins. — Rien d'anormal.

Poumons. - Aux sommets, on trouve des lésions tuberculeuses cicatrisées ; au centre, des nodules crétacés de la plus grande dureté.

Observation VI (Tuffier et Dumont. — *Revue de Gynéc. et de Chir. abd.*, 1898). — *Cancer sigmoïdien avec fistule sigmo-vésicale établie après une première phase dans laquelle se montrèrent de la pollakiurie et des douleurs abdominales ; phénomènes ayant cessé pendant un mois pour réapparaître avec la co-existence de matières fécales dans l'urine.*

Il s'agit d'un malade qui n'avait présenté aucun trouble antérieur ; pas de douleurs avant la constatation des phénomènes suivants :

Pendant 15 jours de suite, il eut des douleurs dans tout le ventre avec de la pollakiurie diurne et nocturne. Pendant un mois complet, ces phénomènes cessèrent.

Au bout de ce temps, les douleurs réapparurent avec une localisation au-dessus du pubis s'exaspérant pendant la miction et la défécation. Le ventre est ballonné, il y a des vomissements verdâtres.

A la suite d'un lavement, les urines deviennent troubles et contiennent des particules solides ressemblant à des matières fécales. L'odeur en est fétide. Le malade pense que ses urines passent par l'anus, car ses matières sentent parfois l'urine.

Opération. — La moitié supérieure de l'S iliaque et la vessie sont envahies par un néoplasme qui fait de ces organes une masse unique arrondie, irrégulière, atteignant en volume celui du poing ; dure par endroit et ramollie en d'autres. Perforation néoplasique du dôme de la vessie.

Fistules sigmo-intestinales. — Ces fistules intéressent le petit intestin. Elles peuvent se trouver associées aux fistules sigmo-vésicales, comme dans l'Observation V. C'est également une complication tardive du cancer. Il y a d'abord adhérence de la masse néoplasique aux anses grêles sus-jacentes, puis le travail d'ulcération aidant, il se produit des pertuis, des trajets fistuleux qui intéressent la paroi du grêle. Quand on enlève la masse, il est impossible de distinguer respectivement ce qui appartient au gros et au petit intestin ; parfois même, il est difficile de déterminer le point de départ du néoplasme.

Les symptômes en sont peu nets. Localement, il est possible de sentir une masse plus abdominale, pâteuse, mollasse, parfois douloureuse. Il semble bien que l'évolution et l'établissement de ces sortes de fistules se passent à l'insu du malade.

Dans certains cas, lorsque les fistules sont larges, il y a communication directe des matières non encore agglomérées dans le gros intestin ; celles-ci, fluides, passent au niveau de la tumeur ulcérée, gagnant la partie sous-jacente au rétrécissement et on peut assister à des phénomènes de lientérie qui, le plus souvent d'ailleurs, sont pris pour de la diarrhée banale.

Fistules sigmo-vaginales. — Elles sont peu communes : il faut pour leur établissement que l'anse soit prolabée dans le Douglas. Le néoplasme envahit la partie supérieure du vagin au niveau du cul-de-sac postérieur et fixe à la fois l'anse et les organes génitaux internes dans une masse immobile qui est prise généralement pour une masse annexielle ou utérine.

La conséquence de ces fistules est l'apparition de phénomènes, tels que l'émission de gaz par le vagin et surtout évacuation de matières fécales par ce canal.

Cette ouverture spontanée, généralement assez large, apporte un soulagement immédiat à la malade en crise d'occlusion.

Fistules sigmo-rectales. — Elles intéressent la paroi antérieure et supérieure du rectum. Comme pour les dernières, elles nécessitent pour leur établissement, une déhiscence assez prononcée de l'anse sigmoïde.

Elles se manifestent par l'évacuation rapide et abondante de pus, de débris de sphacèle mélangés de matières. Si le malade est en état d'occlusion, c'est une déplétion brusque, une sensation de bien-être immédiate, succédant à la distension abdominale et à la rétention stercorale.

Par le toucher rectal, on peut atteindre les orifices des fistules, le plus souvent larges ; le doigt arrive dans une cavité fongueuse, saignante ; on peut sentir des bourgeons néoplasiques entourant en collerette l'orifice de la fistule. Il n'y a pas de trajet intermédiaire ; c'est une véritable anastomose latérale et le doigt peut passer du rectum dans le colon pelvien au travers de la tumeur.

La rectoscopie pourra compléter l'examen.

Dans ces conditions, les phénomènes d'occlusion ne seront plus à craindre ; la fin ordinaire de ces malades sera la cachexie néoplasique.

Nous citerons pour mémoire, les fistules anastomotiques sigmo-coliques avec le colon transverse, lui-même prolabé. Ce sont des cas où la tumeur est plus franchement abdominale ; le siège ne peut en être diagnostiqué que par l'examen radioscopique.

Invaginations. — Les invaginations de la tumeur, quoique rares, ne sont pas des exceptions, et il semble que les cancers de l'S iliaque soient ceux qui s'invaginent le plus facilement de tous les néoplasmes intestinaux. Certains auteurs ont même dit que si les cancers de l'S iliaque saignaient plus facilement que les autres, c'était à cause même de la facilité et de la fréquence de l'invagination.

La musculature puissante du colon pelvien, les efforts au moment des crises d'obstruction se renouvelant fréquemment, la longueur du méso permettent cette invagination.

Quand la tumeur est petite et constituée par un squirrhe annulaire, ce sont les scybales qui, accumulées au-dessus du rétrécissement, poussées trop énergiquement par les contractions, se coiffent du rétrécissement et s'invaginent.

Cette invagination se manifeste par des symptômes suffisamment nets pour ne pas passer inaperçue.

Elle se traduit par du melœna dans la moitié des cas, des glaires, des douleurs paroxystiques, correspondant aux contractions violentes de l'intestin pour expulser le véritable corps étranger que devient la tumeur.

Mais le signe le plus important est la constatation au toucher rectal d'une masse obturant la lumière du rectum, masse autour de laquelle le doigt peut décrire un cercle sans être gêné dans ses mouvements ; au centre, on peut sentir une petite cavité représentant le canal serré du segment sigmoïdien où siège la tumeur.

Le malade présente du ténesme, des envies fréquentes d'aller à la selle, de véritables douleurs d'expulsion et

dans les efforts les plus violents, la tumeur peut venir se montrer à l'anus.

Les phénomènes d'occlusion ne tardent pas à apparaître ; il s'agit alors d'une occlusion aiguë, complète.

Nous résumons ici une observation de Delore et Chalier, où l'invagination apparaît avec tout son cortège de symptômes.

Observation VII (Delore et Chalier, *Lyon médical*, 1907). — *Cancer sigmoïdien ayant atteint la phase d'occlusion complète par invagination de la tumeur ; celle-ci est sentie au toucher rectal à 6 ou 7 millimètres de l'anus.*

Femme malade depuis 6 mois ; elle commença à percevoir, particulièrement du côté gauche de l'abdomen, des gargouillements, des bruits intestinaux ayant persisté longtemps. Plus tard, ses matières évacuées cependant chaque jour régulièrement, furent recouvertes de glaires sanguinolentes.

Tout ceci évolua sans douleurs nettes les trois premiers mois. Trois mois après l'apparition des premiers troubles morbides, les selles renfermaient des débris membraniformes et étaient constamment souillées de sang. De plus, les douleurs étaient survenues, sourdes, mais persistant d'une façon permanente dans la fosse iliaque gauche et subissant par moment de vives exacerbations.

Les évacuations alvines devinrent bientôt gênées ; des phénomènes d'obstruction se manifestèrent avec des douleurs de plus en plus vives à gauche, puis se généralisèrent dans tout l'abdomen.

Finalement, obstruction complète.

A son entrée : ventre ballonné, tympanisme très prononcé, arrêt des matières ; quelques gaz. Pas de vomissements ; état général assez bon ; pas de température.

Au toucher rectal, à 6 ou 7 centimètres de l'anus, on sent un boudin pédiculé, invaginé dans le rectum ; on en fait très bien le tour avec le doigt et on obtient la sensation de la muqueuse intes-

tinale, mais en son centre on perçoit une masse assez irrégulière, bosselée, légèrement friable, qu'on juge être un cancer.

Deux jours après, les phénomènes d'occlusion persistant, après dilatation de l'anus, on abaisse légèrement une masse rougeâtre au centre de laquelle reste un chou-fleur grisâtre remplissant toute la lumière de l'intestin. Il s'agit évidemment d'une invagination colique par tumeur. On la refoule et on pratique un anus cœcal provisoire.

Les jours suivants, il semble que la tumeur soit évanouie : au toucher l'ampoule est remplie de matières.

Puis l'invagination se reproduit, on procède alors à l'ablation.

La laparotomie latérale gauche pratiquée par M. Delore permet d'arriver sur le colon descendant distendu ; le méso-colon paraît très allongé ; on procède à la désinvagination qui est facile ; l'S iliaque est très long avec un méso considérable.

La tumeur est du volume d'un œuf de poule, mamelonnée, de coloration gris rougeâtre, présentant des bourgeons en chou-fleur ; c'est une masse cancéreuse typique.

Résection de 15 centimètres de l'S iliaque. Suites excellentes

Métastases. — Généralisation. — Il a été fréquemment observé que le cancer de l'S iliaque semble conserver ses caractères locaux beaucoup plus longtemps que les autres cancers du gros intestin et que les transports lymphatiques et les métastases viscérales viennent beaucoup plus tard.

Dans les autopsies qu'il nous a été donné de pratiquer, pour des cancers du sigmoïde, nous ne trouvons le plus souvent pas de ganglions. Dans les observations rapportées ici même, seules les observations V et VIII montrent la présence de ganglions mésentériques, gros comme une noisette, dans la première observation et de petits ganglions aortico-lombaires dans la seconde. Il s'agissait de formes ulcérées avec fistules ou perforations. Il sem-

ble que le retentissement ganglionnaire soit fonction de l'infection plutôt que de la néoplasie elle-même. C'est une complication de la dernière heure, aussi est-il rare de trouver des masses abcédées à la place des ganglions, susceptibles de s'ouvrir en second lieu dans l'intestin.

Quant aux métastases viscérales, elles sont aussi peu nombreuses. Dans 41 autopsies, Clogg a trouvé qu'elles ne dépassaient pas 15 % et, dans ce cas, se montraient toujours dans le foie.

A titre de curiosité seulement, nous résumerons une observation de Manfred Moritz (in *The Medical Chronicle*, déc. 1912).

Observation VIII. — Il s'agit d'un cas de cancer du colon pelvien ayant évolué en même temps qu'un néoplasme de la tente du cervelet. Cliniquement et macroscopiquement, relate l'auteur, il était net que nous devions considérer deux types différents de tumeurs, deux néoplasmes différents.

Les coupes, les photographies de celles-ci montrent que le cancer de la tente du cervelet était secondaire au carcinome pelvien.

Il ne s'agit évidemment ici que d'un cas tout à fait exceptionnel ; nous avons pensé qu'il était bon de le rapporter à ce titre seulement.

La généralisation péritonéale est également exceptionnelle. Nous citerons seulement les œdèmes par compression, les œdèmes cachectiques, les suppurations gangréneuses de la plèvre du poumon ; enfin, différentes complications d'ordre banal, qui peuvent entraîner plus ou moins rapidement la mort du malade, privé à cette période de tous moyens de défense de son organisme.

TROISIÈME PARTIE

FORMES CLINIQUES

CHAPITRE PREMIER

Formes à début lent

1° **Constipation progressive.** — Nous avons longuement insisté au chapitre « symptomatologie », sur l'apparition graduelle de celle-ci et sur sa valeur quand elle survient chez des individus d'âge approprié. Nous considérons que cette forme est celle qui se constate dans la majorité des cas. Elle se manifeste d'ailleurs par d'autres symptômes concomitants, mais la seule présence d'un changement dans la régularité habituelle des gardes-robes doit appeler l'attention sur le segment de l'intestin que nous étudions.

2° **Diarrhée habituelle ou par petits paroxysmes.** — C'est la minorité des malades qui se présente avec des phénomènes diarrhéiques. Il est bon de se souvenir que cette diarrhée est très tenace, rebelle à tous les traitements. Le nombre des selles est très élevé. C'est une diarrhée liquide, dans laquelle on pourra trouver du sang en

petite quantité. Quelquefois seulement décelable par réaction chimique.

Cette diarrhée vraie devra être distinguée de la fausse diarrhée apparaissant plus tard et constituant un des bons signes d'obstruction. Elle alterne avec la constipation, celle-ci étant habituelle, la diarrhée ne survenant que temporairement et cessant rapidement et spontanément.

3° **Forme d'anémie pernicieuse progressive.** — Elle est rare dans les cancers de l'anse et se voit surtout dans les autres néoplasmes du gros intestin et de l'estomac.

Le taux des globules rouges peut descendre à un million par millimètre cube ; il y a diminution de la valeur globulaire. Les signes de localisation tardifs ne permettent de remonter à la véritable cause que très longtemps après le début des accidents.

4° **Forme dyspeptique.** — La dyspepsie constitue le premier phénomène, ou, du moins, celui qui engage les malades à venir consulter.

Elle se manifeste par des nausées allant rarement jusqu'au vomissement, par des douleurs après les repas pouvant, dans certains cas, revêtir le masque des douleurs tardives de l'ulcus, si bien qu'on est tenté de porter ce diagnostic. Le traitement institué vient quelquefois même confirmer le diagnostic, le malade étant amélioré par le repos au lit et le régime lacté.

Chez ces malades, il n'est pas rare de voir survenir un jour des accidents d'occlusion qui dirigent l'attention sur un autre point du tube digestif. Même à ce moment, il

peut arriver que les phénomènes dyspeptiques s'accroissent à mesure que le cancer prend un développement plus accentué et qu'il se montre à l'exploration. Comme l'a dit M. Mathieu dans une de ses cliniques : « Si l'on avait à l'esprit la possibilité de faits de ce genre, on pourrait, la radioscopie aidant, arriver à un diagnostic plus rapide, provoquer une laparotomie exploratrice précoce et avoir ainsi la chance de pratiquer l'extirpation radicale de la tumeur. »

CHAPITRE II

Formes à début brusque

1° **Par occlusion aiguë.** — Cette forme existe surtout chez des malades qui se sont mal surveillés : atteints la plupart du temps de constipation chronique, ils n'ont pas observé que celle-ci est devenue plus forte et un jour ils remarquent le ballonnement du ventre qui va en s'accentuant : les gaz qui sont expulsés d'abord deviennent de plus en plus rares, et en peu de temps s'installe une occlusion plus ou moins complète. Rappelons que le plus souvent on trouve des corps étrangers qui accélèrent la rapidité de l'apparition de ces phénomènes en venant brusquement combler la lumière d'un canal encore perméable.

Vignard et Bosquette rapportent cette observation d'occlusion aiguë, premier symptôme de la lésion :

Observation IX. — C'est un homme de 24 ans, n'ayant manifesté aucun trouble antérieur à une quinzaine avant l'apparition des accidents aigus. Brusquement, il ressentit de vives douleurs abdominales avec impossibilité d'aller à la selle ; ni selles ni gaz ne furent expulsés malgré l'administration de purgatifs. Le ventre augmenta de volume, les douleurs continuèrent pendant une quinzaine ; l'occlusion devint complète.

A l'examen, il présentait les signes de péritonite, de la fausse ascite. La mort survint rapidement.

A l'autopsie, on trouva un intestin grêle et un gros intestin distendus en totalité ; un peu de liquide jaunâtre dans les parties déclives de la cavité péritonéale. Pas de perforations. Sur l'anse sigmoïde, on trouva un noyau induré, gros comme un œuf de poule.

On conçoit combien le diagnostic est difficile dans ces cas. Localement, il est impossible de trouver, en raison du météorisme, la cause de l'occlusion. Les douleurs sont en général trop diffuses pour être d'un précieux renseignement ; ce n'est guère qu'en serrant de près son interrogatoire qu'on pourra établir un diagnostic de probabilité. La laparotomie immédiate est la seule indication.

2° **Par perforation.** — La perforation dans la grande cavité est une exception. C'est donc une rareté de constater des phénomènes de péritonite généralisée comme premiers symptômes du cancer de l'anse sigmoïde.

3° **Par grandes crises de diarrhée simulant une indigestion intestinale.** — Il ne s'agit pas ici de ce début par diarrhée journalière, où les selles se renouvellent constamment, non calmées par les médicaments astringents ; au contraire ici, ce sont des malades bien portant antérieurement, qui un beau jour présentent un nombre considérable de selles diarrhéiques. Cet état dure un jour ou deux, puis une longue période de calme lui fait suite. Le malade oublie cet épisode, quand une crise analogue survient. Ces crises diarrhéiques durant peu de temps et à long intervalle, méritent d'attirer l'attention et c'est pourquoi il est utile de rapporter cette

observation d'un malade dont l'histoire est particulièrement nette.

Observation X (due à l'obligeance de M. le Dr Moutier). — *Début brusque par une grande crise de diarrhée simulant une indigestion intestinale. — Crises d'une durée éphémère et à long intervalle.*

Homme de 67 ans, de santé excellente, pris brusquement d'une crise de diarrhée qui dure 48 heures ; selles liquides, abondantes, mais dont le nombre n'a pas été retenu. Le malade attribue cette crise, en dehors de toute faute alimentaire, à une intoxication produite par les émanations de peinture fraîche d'un appartement remis à neuf. Trois mois après, nouvelle crise de diarrhée, d'une intensité beaucoup plus forte que la crise précédente. La durée n'est cependant que de 3 ou 4 jours. Mais le malade a 10 ou 12 selles par jour, et souvent ne se présente à la garde-robe que pour évacuer quelques glaires.

Il consulte à ce moment, et l'on constate la présence d'une tumeur sus-pubienne du volume d'une mandarine environ, déjà fixée à la paroi, légèrement à gauche de la ligne médiane, et douloureuse. Le malade présente quelques alternatives de constipation et de diarrhée et se cachectise brusquement. L'adhérence de la tumeur à la paroi se prolonge ; un phlegmon pariétal étendu évolue, phlegmon qu'il eut fallu inciser ou qui se serait ouvert spontanément si le malade n'avait succombé rapidement.

L'évolution totale de la maladie entre la première crise de diarrhée et la mort a été de 4 mois 1/2. Le malade n'a été alité en tout que 3 semaines. A noter qu'entre la première crise et la seconde, l'état général semble avoir été de tous points excellent. Il n'y eut de constipation qu'après la seconde crise.

CHAPITRE II

Forme du cancer avancé

1° **Forme sténosante**. — Nous avons en vue surtout cette forme qui se caractérise anatomiquement par un rétrécissement annulaire, et qu'on a appelé cancer à la ficelle.

C'est la forme vers laquelle évolue la majorité des néoplasmes de l'S iliaque qui est celle que nous avons décrite tout au long au chapitre « Symptomatologie ». C'est en effet la particularité des cancers de l'anse, de diminuer progressivement la lumière de l'intestin et de donner naissance aux petits phénomènes d'obstruction, aux crises de plus en plus fréquentes et de plus en plus violentes.

Indépendamment de la sténose matérielle, due à la masse néoplasique elle-même, nous devons relever les sténoses incomplètes dépendant du spasme de l'intestin sus-jacent à la tumeur, spasmes se manifestant à distances variables, parfois très haut et pouvant faire songer à une sténose du colon descendant ou du transverse. Dans quelques cas, on a pu voir les deux phénomènes au moment d'une laparotomie : il existait alors une sténose matérielle en un point de l'anse sigmoïde, sténose incom-

plète, puis au-dessus, à distance, un anneau de spasme qui était la véritable cause de l'apparition des accidents d'obstruction.

Observation XI. — Un des malades qu'il nous a été donné d'observer et dont le cas a été rapporté par M. Mathieu, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 5 juin 1913, présentait des accidents de coliques, puis survinrent des accidents d'occlusion. Bientôt l'opération devint obligatoire.

Après laparotomie, on trouva une distension marquée de l'intestin grêle et du colon ascendant ; le colon transverse et le colon descendant étaient vides. On était donc amené à penser à une lésion siégeant au niveau de l'angle hépatique du gros intestin. Il s'agissait en fait d'un cancer sténosant de l'anse sigmoïde, au-dessus duquel le colon était spasmodiquement contracté jusqu'à la hauteur de l'angle droit.

Sous l'influence des antispasmodiques : la belladone et surtout son alcaloïde l'atropine, ces spasmes tombent rapidement, et on doit profiter de cet état de relâchement du muscle intestinal, pour faire des recherches nouvelles, et la radioscopie aura ici toute son indication.

2° **Forme hémorragique.** — Tantôt le malade évacue du sang pur, à l'exclusion de toute autre manifestation colique pouvant, dans l'intervalle de ces hémorragies, présenter de la constipation. Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, la maladie revêt l'allure de la colite hémorragique, les selles diarrhéiques devenant sanguinolentes par la suite, puis franchement sanglantes, à tel point que l'hémorragie intestinale masque tout autre symptôme. Ces hémorragies peuvent cesser momentanément, laissant la diarrhée évoluer seule, de sorte qu'on

a tendance à porter le diagnostic de colite aiguë, si l'on n'a pas soin de poursuivre ses investigations.

Nous donnons deux observations répondant à ces deux types : la première personnelle, la seconde rapportée par M. Mathieu, dans une de ses cliniques recueillie par nous.

Observation XII (due à l'obligeance de M. le Dr Moutier). — *Forme hémorragique pure : l'examen général ne fournit aucun renseignement. — Il n'y a aucun symptôme fonctionnel. — Mort par hémorragie.*

Un ouvrier de 37 ans entre à l'hôpital pour une hémorragie intestinale intense. Les selles renferment des caillots et du sang presque pur. Il semble que le malade n'ait présenté aucun accident intestinal antérieur, si ce n'est depuis un temps indéterminable, une tendance du reste légère à la constipation.

Le malade ne séjourne que quelques jours à l'hôpital et meurt consécutivement à de nouvelles hémorragies dont l'origine ne peut être cliniquement précisée.

Le toucher rectal a été négatif. L'examen général du sujet était également négatif, et il n'existait aucun symptôme fonctionnel notable. Il n'y avait pas de cachexie.

A l'autopsie, on trouva à 25 centimètres environ de l'anus, un très petit cancer annulaire limité par un bourrelet saillant non adhérent et dont le fond, largement ulcéré, présentait un aspect hémorragique intense, sans que l'on y vit cependant la section d'aucun vaisseau de taille notable.

Observation XIII (Service de M. le Dr Mathieu). — *Forme hémorragique du cancer sigmoïdien revêtant l'allure d'un colite aiguë.*

Il s'agit d'un jeune homme d'une trentaine d'années accusant des phénomènes de colite chronique rebelle : depuis déjà longtemps, il avait 2 à 3 selles par jour.

Comme il avait eu autrefois des lésions tuberculeuses, et qu'il avait été traité par la suralimentation, je pensais d'abord à une colite due à cette cause. Un jour, survinrent des accidents de colite aiguë hémorragique ; après des douleurs vives, il eut des épreintes et rendit des selles glaireuses sanguinolentes, puis franchement et fortement hémorragiques.

La façon rapide dont ces accidents s'étaient produits, l'abondance des hémorragies plaidaient en faveur d'une colite hémorragique.

Les phénomènes cessèrent momentanément, les hémorragies s'arrêtèrent, mais il s'installa un état de colite chronique, souvent légèrement hémorragique.

La rectoscopie pratiquée par le Dr Friedel, montra une lésion cancéreuse située à 16 centimètres de l'anus. A ce niveau, on voyait une sorte d'anneau rétréci de l'intestin, un certain soulèvement de la muqueuse, et, sur un des points de cette muqueuse, plusieurs bourgeons jaunâtres caractéristiques sur le bord de l'ulcération.

L'extirpation fut pratiquée par le professeur Quénu. Mais dans la suite, le malade présenta des phénomènes pulmonaires et mourut de broncho-pneumonie

Les hémorragies peuvent s'accompagner de l'expulsion de glaires, de membranes, et la maladie évolue alors sous le masque d'une entérite muco-membraneuse. Boas cite un fait de ce genre chez une jeune fille ayant de la constipation opiniâtre, rendant du mucus des membranes et du sang visible à l'œil nu. A la palpation on trouvait dans la fosse iliaque gauche, une tumeur grosse comme une tête d'enfant, immobile, et sans aucun doute, sur le colon sigmoïde ; il s'agissait d'un épithélioma atypique.

Cette dernière forme est une rareté clinique ; à notre connaissance, il n'y en a pas d'autres cas cités dans la littérature médicale.

3° **Forme avec tumeur.** — Nous avons vu que la tumeur n'était pas toujours perceptible. Quand elle se présente à la palpation, elle revêt deux aspects différents :

Elle peut être petite, non adhérente, mobilisable, dure, un peu douloureuse ; c'est généralement la forme du squirrhe la plus commune. Elle est souvent difficile à diagnostiquer avec les pseudo-néoplasmes spasmodiques qui, suivant M. Duval, sont allongés, cylindriques, très nettement limités.

Suivant la longueur de l'anse et aussi sa mobilité, la petite tumeur est plus ou moins décelable, semble avoir disparu à un examen et se retrouve à une recherche ultérieure : c'est la tumeur fantôme qui peut faire songer à une masse inflammatoire, mais que la réapparition ultérieure, et à brève échéance, ne permet pas de confondre.

Le second aspect clinique est la grosse tumeur, de volume variant d'une orange et du poing à celui d'une tête d'enfant, allongée sur une longueur de quelquefois 8 à 15 centimètres. La consistance en est plus molle, elle est noueuse et bosselée ; cette tumeur tend à se fixer aux organes adjacents, devient rapidement immobile, n'a aucune tendance à la régression, contrairement aux tumeurs inflammatoires qui diminuent de volume.

C'est à l'une de ces tumeurs que nous devrons, suivant sa position dans le bassin, la forme suivante :

4° **Forme enclavée.** — Cette forme a pour caractéristique la tendance de la tumeur à s'immobiliser dans le petit bassin, à se fusionner avec les organes voisins

qu'elle envahit, à se fistuliser et, pratiquement, à constituer une masse chirurgicalement inextirpable.

C'est surtout chez la femme qu'elle se montre de préférence et le diagnostic en est des plus difficiles. Elle peut tout simuler : masse annexielle, cancer de l'utérus, pelvi-péritonite, cancer de la vessie, péritonite bacillaire.

Les éléments du diagnostic se trouveront surtout dans l'interrogatoire très méticuleux des malades, dans les antécédents et enfin l'examen direct par le sigmoïdoscope aura son indication formelle.

Nous rapportons 3 observations de cette forme particulièrement intéressante ; nous remarquerons que dans les 3 il existait des fistules sigmo-vésicales ou sigmo-intestinales. La première est l'observation V de ce travail, dans laquelle le diagnostic, au moment de l'intervention, fut : occlusion intestinale consécutive à une péritonite bacillaire intéressant le petit bassin. Il s'agissait, en fait, d'un cancer de l'anse sigmoïde enclavé avec envahissement de la vessie.

La seconde observation est celle d'une malade du service de M. le Dr Mathieu : la laparotomie seule a permis de faire le diagnostic exact, la maladie ayant revêtu l'allure de pelvi-péritonite.

La troisième observation empruntée à Thomas Cullen, est intéressante parce qu'une tentative chirurgicale fut faite et démontra l'énorme délabrement qui condamne presque catégoriquement toute intervention directe dans ce cas.

Observation XIV (Service de M. le Dr Mathieu). — *Forme enclavée du cancer sigmoïdien ayant simulé une pelvipéritonite chronique d'origine annexielle, l'opération seule a montré l'origine. — Fistules sigmo-intestinales.*

Sophie L..., 52 ans, entrée le 12 octobre 1910, salle Barth.

Cette malade entre à l'hôpital pour phénomènes d'occlusion incomplète.

A. H. — Père mort à 83 ans : congestion cérébrale ; aucune maladie antérieure. Mère morte à 80 ans ; aucune maladie.

A. P. — Aucun renseignement sur les maladies de son enfance ; réglée à 16 ans 1/2 ; jusqu'à 50 ans, règles régulières douloureuses. Mariée à 45 ans ; pas d'enfant ; pas de fausse couche.

Le début des accidents remonte environ à 3 ans. Elle souffrait d'une constipation habituelle et restait 2 à 3 jours sans selles : elle les provoquait au moyen de laxatifs.

La constipation s'est accentuée depuis les 3 dernières années. Des douleurs généralisées à tout l'abdomen sans localisation particulièrement nette, parfois sous forme de coliques peu vives, en même temps qu'un léger ballonnement du ventre, apparurent ; mais ces phénomènes n'empêchèrent pas la malade de vaquer à ses occupations habituelles. De temps en temps elle constata la présence de glaires et parfois de peaux dans ses selles.

Depuis 5 à 6 mois, survinrent des selles en purée liquide avec des débris durs, couleur jaune marron ; elle va tous les jours à la selle mais en petite quantité.

Il y a trois mois, en juillet 1910, elle a une première crise d'occlusion incomplète.

Après une période où la malade avait chaque jour une selle liquide avec des débris durs et des glaires sanguinolents, elle voit son ventre se météoriser peu à peu jusqu'à devenir très volumineux ; en même temps, elle présente des coliques très violentes : les selles se suppriment pendant 7 à 8 jours, mais les gaz continuent à se montrer par l'anus. La malade voit « comme des boules » se dessiner sous la paroi ; celles-ci s'affaissaient avec un bruit de gargouillement pour se reformer dans la suite.

On lui prescrit de l'huile de ricin : elle rendit alors une grande quantité de selles jaunâtres liquides avec matières durcies ; 5 à 6 selles par jour pendant 3 jours consécutifs. Ce n'est que le quatrième jour que l'on remarque de nouveau des glaires sanguinolentes qui sont parfois émises seules dans l'intervalle des défécations.

Depuis cette époque, trois ou quatre crises semblables quoique moins fortes, sont survenues.

La malade prend toutes les deux heures deux cuillerées à café d'huile de ricin avec lesquelles elle obtient 5 à 6 selles jaune clair dans lesquelles elle remarque la présence de matières dures et de mucus sanguinolent. Parfois, elle rend du sang rouge recouvrant entièrement la selle, mais ceci est dû à la présence d'hémorroïdes.

Elle ne présente pas de douleurs très violentes, mais lorsqu'elles surviennent, elles ont toujours une prédominance dans la fosse iliaque gauche. Son appétit est conservé : elle n'a aucun dégoût spécial, elle mange surtout des légumes et des farineux, peu de viande.

Son amaigrissement est très marqué. Pesant 110 kilos il y a 3 ans, elle pèse seulement 75 livres.

Elle vient à la consultation le 7 octobre 1910 :

Son ventre est extrêmement ballonné, on remarque de légères ondulations péristaltiques : il n'y a pas d'induration perceptible.

Toucher rectal : on sent une masse difficile à percevoir pouvant être une masse néoplasique ou bien l'utérus refoulé en arrière et tombant dans le Douglas.

10 octobre 1910. — 38 kilos 900.

Le toucher rectal permet de retrouver la masse qui semble être l'utérus basculé. L'examen des matières est pratiqué, a montré la réaction de Weber positive.

14 octobre. — L'examen pratiqué par M. le Dr Siredey donna les résultats suivants : utérus rétrofléchi avec grosse masse annexielle gauche. L'intervention immédiate n'est pas décidée.

15 octobre. — Examen par M. le Dr Ricard. Au toucher vaginal, masse extra-utérine dans le Douglas, légèrement mobile, mais chirurgicalement fixe et comprenant le rectum.

16 octobre. — Elle quitte le service de chirurgie, parce qu'elle ne veut pas se faire opérer.

Elle reste 3 à 4 jours sans avoir de selles ; elle remarque des glaires non sanguinolentes ; les douleurs généralisées à tout l'abdomen réapparaissent avec une prédominance dans la fosse iliaque gauche. L'état général s'aggrave.

31 octobre. — Nouvelle crise d'occlusion, ventre extrêmement ballonné, anses dessinées sous la paroi, contractions péristaltiques, ni selles ni gaz.

2 novembre. — Opération par M. le Dr Labey :

Incision fosse iliaque gauche. On trouve dans le petit bassin une grosse masse rétro-utérine, dure, fixe, constituée par un cancer du colon pelvien. Anus définitif sur l'S iliaque.

22 novembre. — Elle revient en médecine. Son anus artificiel fonctionne bien ; de temps en temps elle a des selles par la voie normale. Douleurs sourdes, presque continues, mais très peu marquées dans la fosse iliaque gauche : parfois accès paroxystiques. Dysurie, mais pas de douleur à la miction.

1er décembre 1910. — Examen des matières recueillies par l'anus artificiel : ex. mac., selles molles, brunes, de consistance normale, pas de mucus.

Ex. mic., fibres musculaires assez mal digérées. Nombreux restes de cellulose, nombreuses levures, réaction alcaline. Weber positif. Réaction à la phtaléine positive. Réaction au sublimé normale.

8 décembre. — La malade se plaint de violents points de côté sous le sein gauche. Température 39°8.

11 décembre. — Skodisme sous le sein gauche.

En arrière, à la base droite, matité et diminution de la respiration. — Mort le 12 décembre.

Autopsie. — Pneumonie droite.

Masse enclavée dans le petit bassin : le cancer et les adhérences forment un bouchon qui obstrue complètement le détroit supérieur. Le cancer coude le colon et le fixe en position coudée. Après déroulement de l'intestin et incision, on trouve une masse fongueuse de 8 à 10 centimètres de haut faisant le tour complet de la paroi ; aspect pourri. Au-dessous, le néoplasme infiltre de façon diffuse

les parois du rectum ; bourrelet et saillie longitudinale de quelques millimètres. Pas de ganglions.

Deux anses de l'intestin grêle adhèrent à cette masse ; trois perforations les font communiquer avec la cavité cancéreuse. Il y a également quelques petites perforations du colon au niveau du néoplasme bridées par des adhérences.

L'ensemble de la masse est environ du volume d'un poing d'adulte. Légère dilatation colique au-dessus du néoplasme.

Observation XV (Thomas Cullen, *Surgery, Gynec. and Obstet*, 1911). — *Forme enclavée du cancer sigmoïdien. — Diffusion énorme de la masse. — Envahissement du petit intestin, de l'utérus, des trompes, des ovaires. — Fistule sigmo-intestinale.*

Femme de 56 ans, dont les accidents remontaient à plusieurs mois.

A l'inspection de l'abdomen, on trouve un utérus fibromateux tenant fortement du côté gauche de l'abdomen. Comme la malade avait raconté une histoire de ballonnement intestinal s'accompagnant parfois de diarrhée, on pense à la possibilité d'une tumeur intestinale maligne.

A l'opération, on trouva une masse cancéreuse du colon pelvien et comprenant plusieurs pieds du petit intestin, l'utérus, les trompes, les ovaires, l'appendice, ce qui fut enlevé en une seule masse.

La circonférence entière du sigmoïde est envahie par la tumeur cancéreuse. Le cancer a rongé les parois de l'anse, s'est greffé sur le petit intestin et l'a perforé en un point, d'où fistule sigmo-intestinale.

L'adhérence intime de l'utérus à la tumeur a renforcé en ce point la surface qui faisait communiquer le néoplasme avec la cavité péritonéale.

Histologiquement, il s'agissait d'un adéno-carcinome

CHAPITRE IV

Formes mono-symptomatiques

1° **Forme douloureuse.** — La douleur est ici le symptôme prédominant, souvent le seul, du moins au début de l'affection. Elle peut se manifester sous deux formes : la forme de cōliques, c'est ce que les auteurs anglais et américains ont individualisé sous le nom de « colicky pain ». Elle est généralement en relation avec un état d'obstruction relative. Elle est passagère, dûe aux contractions de l'intestin, au-dessus de l'obstacle, ou encore au-dessus d'un spasme. Exagérée par la pression, par la palpation, elle est en général assez localisée au quadran inférieur gauche de l'abdomen. Dans certains cas, on peut trouver une douleur localisée au néoplasme lui-même ; c'est l'exception au début de l'affection.

Au contraire, la douleur peut devenir permanente avec irradiation dans la partie sous-ombilicale de l'abdomen dans la cuisse gauche en particulier. C'est une sensation de torsion intérieure non calmée par la glace, dûe généralement à la tumeur elle-même, aux phénomènes de compression sur les racines nerveuses. Elle reste peu longtemps le seul symptôme ; on doit rechercher la tumeur et fréquemment celle-ci est révélée par les différents moyens d'exploration que nous avons exposés.

Nous citons ici une observation dans laquelle on peut trouver le caractère primordial de ces douleurs sous forme de coliques intermittentes.

Observation XVI (Service de M. le Dr Mathieu). — *Cancer sigmoïdien s'étant particulièrement manifesté par le caractère initial des douleurs. — Coliques au début, puis torsions intérieures.*

Antoine B..., 42 ans, entré le 27 novembre 1909, salle Chomel.

Aucune maladie aiguë. Pas de syphilis. A eu quelques accès de fièvre paludéenne pendant son service militaire en Algérie ; aucun depuis sa rentrée en France.

Traumatisme dans la région lombaire, à l'âge de 29 ans, par tamponnement. Il est resté alité pendant trois semaines.

Depuis 2 ans, il ressent des coliques se renouvelant fréquemment sous forme de crises ; il présente 5 à 6 selles par jour ; une sensation de pesanteur dans la région périnéale.

Son appétit est conservé, il a même augmenté de poids à cette époque, de façon très notable. Son état est resté stationnaire jusqu'en septembre 1909.

A ce moment, il présente une diminution très marquée de l'appétit, du dégoût prononcé pour la viande, « je ne peux pas la voir », telle est son expression. Ce dégoût va en s'accentuant depuis environ un an, 15 jours avant son entrée à l'hôpital, il avait une intolérance gastrique complète : toute ingestion d'aliments provoquait des vomissements. Son amaigrissement a été rapide. Ses forces ont diminué remarquablement.

Vers le mois d'octobre, apparaissent des coliques extrêmement aiguës ; les douleurs sont devenues intolérables au niveau de la fosse iliaque gauche. C'est une sensation de torsion intérieure avec irradiations dans la partie sous-ombilicale de l'abdomen. La durée des coliques est en général de 2 jours ; c'est le phénomène qui a le plus frappé le malade et celui qui l'a amené à consulter.

Quelquefois après les douleurs, vers le second jour de la crise, il a des vomissements liquides un peu colorés en jaune. Après ces

périodes douloureuses, les selles redeviennent à peu près normales ; deux à trois par jour, légèrement sanglantes. le sang paraissant les envelopper. Pas d'écoulements sanglants isolés.

Ce malade a d'abord été amélioré par le lactéol, médicament ordonné par le médecin de la Compagnie du Métropolitain qui l'avait soigné jusqu'à ce jour.

Mais, peu à peu, les coliques deviennent de plus en plus fréquentes et durent plus longtemps. En peu de temps, le malade perd 15 kilos.

A son entrée à l'hôpital, il présente un abdomen assez souple avec de la sensibilité diffuse. On ne sent pas de masse abdominale. Rien de spécial au niveau de l'épigastre.

Foie. — Matité au niveau de la ligne mamelonnaire 6 cent.

Rate. — Non percutable.

Rien aux poumons, rien au cœur.

Urines. — Ni sucre ni albumine ; grande quantité d'indican.

Traitement. — Injections de morphine pour calmer la crise.

Le lendemain, le malade présentant des vomissements verdâtres est envoyé dans un service de chirurgie, où il est opéré par M. le Dr Ricard.

Anesthésie locale à la novocaïne.

On trouve des anses grêles très dilatées ; la rupture accidentelle d'une de ces anses nécessite l'anus grêle.

Mort dans les jours qui suivent, des progrès de la cachexie.

Autopsie. — Cancer de l'anse sigmoïde ; tumeur du volume du poing avec scléro-lipomatose périphérique. Les végétations cancéreuses sont totalement sphacélées ; d'où géode putride pleine de débris noirâtres.

Aucune généralisation.

2° **Forme sténosante.** — C'est cette modalité clinique assez particulière qui se manifeste exclusivement par des accidents plus ou moins rapprochés d'obstruction intestinale sans qu'on puisse trouver le point initial. Il est probable que dans ce cas on a affaire à des noyaux

néoplasiques non palpables, indéterminables par la sigmoïdoscopie, et par les rayons X, qui donnent des spasmes surajoutés souvent très loin de leur véritable cause, et ce sont ces spasmes qui sont les seuls agents des accidents de sténose.

Le diagnostic peut en être fait par l'administration des anti-spasmodiques, mais il faut se souvenir que ces accidents étant terminés, il existe toujours un *primum movens* nécessitant une surveillance constante et des examens répétés des malades.

3° **Forme abcédante**. — Il s'agit ici de ces abcès pelviens d'origine indéterminée qui suppurent longuement et dont la véritable cause est toujours ignorée si l'on n'a pas soin de faire un examen méthodique de l'intestin. La plupart du temps, ce sont des formes qui dépendent de la nature même du cancer sigmoïdien, et la dénomination de « cancer térébrant » est peut-être le plus juste terme applicable à ce processus anatomo-clinique.

4° **Forme avec tumeur.** — Ce sont des malades qui se présentent avec une masse abdomino-pelvienne, la plupart du temps déjà immobilisée n'ayant donné aucun symptôme d'obstruction et faisant plutôt penser à une masse annexielle ou à une pelvipéritonite, ou encore à une sigmoïdite.

Nous verrons au diagnostic, combien il est difficile de différencier de tels états, et les précautions essentielles dont il faut s'entourer pour arriver à connaître la lésion véritable.

5° **Forme cachectique.** — Ce sont des malades qui viennent consulter pour amaigrissement progressif sans cause apparente. Leur teint est d'une pâleur un peu cireuse, sans avoir cependant l'aspect des anémiques vrais. Le plus généralement on les traite pour anémie pernicieuse.

Le diagnostic est d'autant plus difficile quand il s'agit de jeunes filles qu'on est plus disposé à prendre pour des chloro-anémiques. Il est bien rare que l'attention soit attirée sur le tube digestif.

L'observation rapportée par Jouffray, dans sa thèse de Lyon, 1907, en est un exemple frappant.

Observation XVII. — Il s'agissait d'une jeune fille de 21 ans, ayant pour tout symptôme de l'anémie et de l'amaigrissement très prononcés ; elle avait en outre de la constipation habituelle ; plus tard, on lui trouve de l'ascite et de l'œdème des jambes, et finalement une tumeur à la fosse iliaque gauche. C'était un épithélioma de l'S iliaque avec propagation au foie.

L'évolution n'est pas toujours semblable, et c'est souvent à l'autopsie seulement qu'on fait le diagnostic exact auquel on n'avait aucunement pensé.

QUATRIÈME PARTIE

DIAGNOSTIC

CHAPITRE PREMIER

Diagnostic positif.

Sommaire :

A. — Au début.
B. — A la période d'obstruction.
C. — A la période d'occlusion.

A. **Diagnostic au début.** — « Lorsque, dit M. Tuffier. la symptomatologie est au complet, c'est-à-dire « lorsque vous constatez chez un malade qui a passé la « cinquantaine, des alternatives de diarrhée et de constipation progressivement croissantes, quand ce patient « accuse dans ses antécédents des selles sanguinolentes « ou du mélœna, quand vous voyez l'abdomen se distendre et enfin quand la palpation vous permet de « reconnaître une tumeur siégeant sur l'anse sigmoïde, « le diagnostic s'impose ».

Il est rare que tous ces symptômes se présentent dans leur ensemble, parfois même la bénignité relative des signes accusés par le malade, le phénomène qu'il aura remarqué et qui l'amènera à consulter, ne seront pas, du

moins dès le premier abord, considérés comme suffisamment sérieux pour un examen plus approfondi. Et c'est là une première faute qui pourra avoir les plus graves conséquences dans la suite.

Lors donc qu'un malade de l'âge moyen de la vie se plaindra de douleurs fortuites sous forme de coliques dans l'abdomen, augmentant de fréquence et de sévérité, se localisant dans la suite dans le quadran inférieur gauche de l'abdomen, il ne faudra pas se hâter de lui administrer un purgatif ou un calmant d'ordre quelconque, mais bien de faire un examen soigneux.

Tout d'abord, l'interrogatoire devra être très serré, remontant assez loin dans le passé ; on devra tenir grand compte de la constipation s'aggravant progressivement, même chez le constipé habituel. Il sera d'autant plus difficile justement de faire dire au malade chez lequel les gardes-robes ont toujours été paresseuses, s'il a constaté, et depuis quand elles sont encore devenues plus rares.

De même, il faudra attacher une grande importance à l'examen des selles qui seront demandées à plusieurs reprises : le mucus en grande quantité, la présence de sang le plus souvent mélangé mais non intimement aux matières, devront faire soupçonner l'existence d'une tumeur et appeler un supplément d'investigation.

Nous insisterons particulièrement, en présence de tels symptômes, sur la nécessité d'un examen sigmoïdoscopique, surtout si la palpation n'a pas donné les résultats qu'on était en droit d'en attendre.

Nous avons vu combien la sigmoïdoscopie pouvait rendre de services en montrant l'existence des noyaux

néoplasiques encore au début, dans la période où l'intervention chirurgicale se fait dans d'excellentes conditions. Elle est le complément indispensable du palper et du toucher.

B. **A la période d'obstruction**. — L'observation attentive de la zone des contractions péristaltiques, la détermination de leur siège combinée à la douleur, pourront montrer la situation de l'obstacle.

Il faudra tenir compte de la succession de ces crises, de l'augmentation progressivement croissante de leur sévérité pour juger à quel obstacle on doit penser. Nous avons vu qu'il ne faut pas attendre de grands renseignements du toucher rectal et vaginal, davantage du palper combiné au toucher, les deux devant être faits d'une façon méthodique.

Dans l'intervalle de deux crises d'obstruction, il ne faudra pas négliger de faire la radioscopie après lavement bismuthé ; à cette période, elle est de toute nécessité lorsque la tumeur cause d'obstruction se dérobe à la main. Elle donne des renseignements sur sa position exacte, sur l'étendue de la tumeur, parfois sur le degré de perméabilité de l'intestin au niveau de la stricture.

C. Il est difficile de faire un diagnostic exact quand le malade se présente pour la première fois en **état d'occlusion**. Il faudra rechercher dans les antécédents du sujet, le presser de questions pour retrouver parfois de petites crises d'obstruction qui n'ont pas attiré spécialement son attention.

La dilatation du cœcum et du gros intestin pourra faire penser au siège de l'obstacle sur la partie infé-

rieure du tube digestif. Hustin (1) écrit que l'existence de deux zones de clapotage, l'une dans la fosse iliaque gauche, l'autre dans la fosse iliaque droite, est un indice presque certain que l'obstacle se trouve situé sur l'S iliaque. Lorsque le clapotage ne peut être provoqué par de petites secousses imprimées par la main à la paroi abdominale, alors que l'on sent une anse dilatée remplie de gaz et de liquide, on peut observer des vibrations qui se produisent à chaque secousse, données par l'une des mains à l'abdomen, tandis que l'autre main est appliquée à plat au siège supposé de l'anse dilatée.

L'anus artificiel sera pratiqué d'urgence, puis plus tard, la laparotomie exploratrice sera quelquefois le seul moyen d'affirmer le siège du cancer.

On pourra faire l'examen du sang. Comme les infections, les épithéliomes s'accompagnent de leucocytose polynucléaire. Mais ce qui permet de penser au néoplasme, c'est l'anémie qui accompagne cette leucocytose (Hayem). Cette anémie se traduit par la diminution du nombre de globules rouges et la richesse du sang en hémoglobine, quelquefois par un de ces deux signes seulement.

Enfin, d'après les recherches communiquées à la Société d'Anatomie en 1911, par M. Milian, il semblerait qu'il n'est pas impossible de faire le diagnostic différentiel de l'épithélioma et du sarcome, ce dernier ne provoquant pas de leucocytose ni surtout d'anémie ; au contraire, l'hyperglobulie, en ce qui concerne les globules rouges, serait notée dans certaines observations.

(1) Hustin : *J. de chir.* et *Ann. Soc. belge de chir.*, 1912.

CHAPITRE II

Diagnostic différentiel.

Sommaire

I. *Au début*, sans présence de tumeur.
II. *A la période d'obstruction.*
  a) *Pas de tumeur palpable.*
  b) *Tumeurs palpables.* { Tumeurs extrapelviennes. / Tumeurs parasigmoïdiennes. / Tumeurs sigmoïdiennes.
  c) *Fausses tumeurs* .. { Spasmodiques. / Stercorales.
III. *A la période d'occlusion.*
IV. *Diagnostic des complications.*

Les conditions dans lesquelles on est appelé à porter un diagnostic sont bien différentes suivant la période de la maladie à laquelle se présente le sujet.

I. Voici tout d'abord une catégorie de malades qui ont constaté une **simple modification** dans le cours normal **de leurs garde-robes** : les uns présentent une constipation plus marquée, d'autres de la diarrhée insolite, ceux-ci du mucus, du sang même, parfois de la douleur localisée et ce sont là les seuls symptômes.

En face de cas semblables, il est toute une série d'affections ou de lésions qu'on doit éliminer.

a) **Tout d'abord la constipation chronique** a souvent tendance à s'aggraver quand le sujet atteint le milieu de la

vie, à l'occasion, par exemple, d'un régime mal compris, d'un manque d'exercice. Elle peut varier en intensité, s'accompagner de courtes périodes de diarrhée ; d'autres signes comme perte de poids, anémie, anorexie, venus se surajouter à ce premier symptôme pourront justifier le diagnostic d'une affection plus grave que celle qui est en cause. Mais la seule constipation chronique évoluant pour son propre compte, a une longue période d'existence, ne s'accompagne pas de douleurs fixes sur le trajet du gros intestin, symptôme qui fait rarement défaut au début du cancer.

b) **Dans les cas inverses,** c'est la diarrhée qui fait errer le diagnostic et l'on pense à une **entérite banale.** Tel est le cas rapporté par M. Goullioud dans *Lyon médical*, 1909.

Observation XVIII. — Un malade de 60 ans éprouve de faux besoins, a des selles fréquentes, a présenté une seule hémorragie ; 3 médecins consultés ont fait le diagnostic d'entéro-colite. M. Bouveret sentit profondément une résistance qui lui fit prendre un avis chirurgical ; la laparotomie exploratrice montra un cancer annulaire de la portion horizontale du colon pelvien.

M. Mathieu, dans un de ses volumes de pathologie gastro-intestinale, cite également le cas suivant :

Observation XIX. — Homme de 50 ans, présentant le type du cancer du colon iliaque avec tumeur dans le flanc gauche, et chez lequel il y avait eu pendant assez longtemps une douleur continue dans la région du colon descendant susceptible d'attirer l'attention et de faire soupçonner une lésion siégeant en ce point, mais chez cet homme il n'y avait eu pendant 3 ou 4 ans auparavant, que des phénomènes de colite muqueuse sans melœna.

Ces colites chroniques muqueuses, muco-membraneuses, doivent donc être soigneusement étudiées et leur interprétation soumise à un contrôle sévère, les examens du sujet devant être souvent répétés.

c) **L'entérite tuberculeuse** est parfois le diagnostic qui satisfait le plus en présence de diarrhée intense, lorsque le sujet présente d'autres symptômes de bacillose et voici une observation inédite dans laquelle l'absence de tumeur constatable et l'allure clinique ont fait faire cette erreur de diagnostic.

Observation XX (Service de M. le Dr Mathieu). — *Cancer sigmoïdien ayant simulé la tuberculose intestinale. — Aspect général du bacillaire : amaigrissement très prononcé. — Forte diarrhée avec sang noir.*

Germaine L..., 57 ans, entrée le 28 novembre 1910, salle Barth. Etat très grave à l'entrée. Interrogatoire très difficile, la malade ne répondant qu'avec peine aux questions posées.

Aucune maladie dans ses antécédents jusqu'au mois d'avril 1910. A cette époque, sans cause appréciable, une diarrhée très forte s'installe accompagnée de coliques très violentes. La malade avait jusqu'à 20 selles par jour, noires et horriblement fétides.

Antérieurement à cette époque, elle était très constipée : il lui arrivait de rester 7 à 8 jours sans aller à la selle et cette constipation remontait très loin dans sa vie.

Cet état de coliques suivi de diarrhée dure continuellement depuis le mois d'août jusqu'à son entrée à l'hôpital au mois de novembre. Pas d'alternatives de constipation.

Un amaigrissement considérable se produit et elle entre dans le service avec le diagnostic de tuberculose intestinale.

Examen : L'état général est profondément déprimé : l'aspect est celui d'une bacillaire avancée ; les lèvres sont sèches, fuligineuses ; le pouls est petit et rapide.

L'abdomen est proéminent, donnant l'impression première d'un kyste de l'ovaire. Au niveau des flancs il est aplati, pointant au contraire dans la partie moyenne. On est tenté de croire à une lésion sur la terminaison de l'intestin grêle plus que sur le gros intestin.

La palpation est très douloureuse, surtout dans la région cœcale. Le toucher rectal ne donne aucun renseignement.

L'état de la malade ne permet pas d'autres investigations. On se contente de prescrire une injection de morphine et de sérum.

L'état général s'aggrave rapidement et la malade meurt 24 heures après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Vaste géode cancéreuse du volume d'un poing d'adulte siégeant sur l'extrémité inférieure de l'S iliaque que fixent en position d'S les infiltrations néoplasiques. Adhérences au promontoire. Hauteur du néoplasme : 20 centimètres.

Perforation de la grandeur d'une pièce de 1 franc regardant en haut juste au milieu de l'adhérence du néoplasme au sacrum. Intérieur sphacélé et putride.

Petits ganglions aortico-lombaires du volume maximum d'une noisette.

Au-dessus du néoplasme, dilatation notable du colon dans lequel on trouve un amas de matières dures.

Examen histologique. — Epithélioma typique.

L'apparition de mucus et de sang dans les selles peut être dûe à d'autres lésions.

d) Les polypes sont les productions les plus fréquentes et celles qui prêtent le plus à confusion. Ils peuvent se montrer chez des personnes âgées qui, sous l'influence de la constipation ou au contraire, d'une diarrhée sévère et intraitable, de pertes de sang s'anémient rapidement et arrivent à présenter un faciès rappelant par plus d'un trait l'aspect néoplasique. Le plus souvent même, il ne s'agit pas d'un seul polype, mais d'un état particulier de

la muqueuse qui se hérisse de petits papillomes qui vont en s'accroissant, se pédiculisent, comblent la lumière intestinale et donnent lieu à des phénomènes d'obstruction. Un fait particulier est à retenir, c'est la transformation possible de ces petites productions en néoplasmes secondaires. Un de ces cas fut particulièrement net chez un malade qu'il nous fut donné d'observer dans le service de M. le Dr Mathieu. L'observation en est rapportée dans sa clinique sur « les phases initiales du cancer du gros intestin », que nous avons recueillie et publiée dans la *Gazette des hôpitaux* du 29 mai 1913.

Observation XXI. — C'est un homme de 44 ans, se présentant avec des phénomènes de colite remontant à 20 ans ; il avait des selles très liquides, en purée, au nombre de 3 ou 4 par jour ; parfois il se présentait de la constipation suivie d'une débâcle dysentériforme avec épreintes, ténesme, selles glaireuses, sanguinolentes.

Le 4 juillet 1908, il a une crise non douteuse d'occlusion intestinale. Cette crise terminée, les phénomènes de colite chronique ont continué, de sorte que le malade entra dans le service le 25 octobre 1912, au début d'une période d'occlusion.

L'examen rectoscopique pratiqué par le Dr Friedel montra des lésions caractéristiques de polypose intestinale. L'existence de ces polypes avait pu provoquer ces manifestations fréquentes de poussées subaiguës, même dysentériformes. Un de ces polypes fut confié au Dr Moutier, qui fit le diagnostic d'adénome. On sait qu'en cas semblable, il se fait une dégénérescence épithéliomateuse sur un point particulier, ou même en plusieurs points différents. Lorsqu'on constate des accidents graves dans le genre de ceux qu'il nous fut donné d'observer, on doit penser à une dégénérescence cancéreuse dans la région atteinte de polypose chronique.

Ces cas de sigmoïdites polypeuses ne sont pas d'une

rareté extrême. Solling (1) de Copenhague, en cite une observation particulièrement intéressante dans laquelle, sans le secours de la sigmoïdoscopie, malgré l'âge du sujet, les symptômes pouvaient fort bien faire songer à un néoplasme.

Observation XXII. — Femme de 20 ans, ayant joui d'une santé excellente jusqu'au jour où un certain degré de constipation en même temps que de petites quantités de sang mélangées aux matières se montrèrent. Ces troubles cédèrent à l'administration d'huile de ricin et d'un régime approprié : pendant 6 mois, tout alla bien. Mais dans la suite, les mêmes symptômes reparurent ; du mucus fut constaté dans les garde-robes, la constipation devint de plus en plus opiniâtre, et des douleurs localisées à la fosse iliaque gauche complétèrent la symptomatologie clinique.

A l'examen, l'abdomen était distendu, l'S iliaque douloureux et dilaté. Le toucher rectal fut négatif.

La rectoscopie fut pratiquée : on constata l'intégrité du gros intestin jusqu'à l'S iliaque ; à ce niveau, la paroi intestinale devint rigide. Après détersion du muco-pus, la muqueuse apparaissait violacée, saignant au moindre contact, rugueuse et granuleuse à la surface.

On fit une appendicectomie et des lavages intestinaux : ultérieurement, on réséqua 25 centimètres de l'S iliaque. La pièce enlevée montra le péritoine et la muqueuse à peu près normaux. Les altérations portèrent sur la muqueuse et la sous-muqueuse. La muqueuse était fortement épaissie, hérissée de granulations qui se transformaient en véritables polypes.

Dans la grande majorité des cas, la polypose se montre chez des individus jeunes ; l'état général n'est pas aussi affecté que dans le cancer, mais l'anémie peut être profonde. Tous ces cas sont justifiables de l'examen

(1) Solling. *Hospitalstilende*, mars 1911.

sigmoïdoscopique, qui permet d'affirmer la bénignité de la lésion.

A l'examen sigmoïdoscopique, on constate tout d'abord que la muqueuse n'est pas très rouge, sauf aux confins immédiats du polype ; généralement celui-ci vient se présenter au bout de l'instrument, s'invagine en lui : c'est une petite tumeur rouge vif en cerise, de dimensions variables, reliée à la paroi intestinale par un pédicule plus ou moins long permettant sa grande mobilité ; les contours en sont arrondis, la surface est lisse, mais quelquefois exulcérée. A la base, la muqueuse est masquée par un liquide muco-purulent qu'il suffit d'enlever pour montrer son intégrité. La petite tumeur touchée avec le porte-tampon laisse suinter un peu de sang, bien que l'attouchement ait été très léger. On peut trouver d'autres polypes, les uns petits, encore sensibles, les autres à pédicule plus allongé. L'examen au sigmoïdoscope permet de prélever des fragments pour l'examen histologique et même l'ablation complète du polype.

e) **Les angiomes** sont assez rares au niveau du gros intestin ; néanmoins, il faut y songer quand on assiste à des hémorragies répétées faites de sang pur. On trouve le plus souvent en d'autres endroits de l'organisme, des nœvi qui peuvent y faire songer. Ils peuvent, dans certains cas, atteindre un volume assez considérable pour déterminer des phénomènes d'obstruction Un exemple a été rapporté par Nicolle, dans *le British Medical Journal*, 1899.

La sigmoïdoscopie est le seul moyen de faire le diagnostic exact.

M. Tuffier cite une observation particulièrement concluante :

Observation XXIII. — C'est un malade de 31 ans qui, à l'occasion de chaque selle ou en dehors d'elles, au cours de son séjour à l'hôpital, présentait une hémorragie d'un grand verre de sang pur, liquide ou coagulé dans lequel nageaient les matières ; il avait 3 à 4 selles dans les 24 heures.

Le toucher ne donnant aucun renseignement, la sigmoïdoscopie fut pratiquée ; à la partie inférieure de l'S iliaque on voyait une petite tuméfaction grosse comme un petit pois, violacée, à peine exulcérée, mais au niveau de laquelle il y avait de tout petits caillots. Ceux-ci enlevés, une sorte de nœvus apparaissait ; nul écoulement sanguin n'était visible à la surface.

Le malade est mort à la suite d'hémorragies répétées.

A l'autopsie, on trouva au niveau de l'anse sigmoïde, deux petits angiomes sous-muqueux de la grosseur d'un pois. D'autres angiomes furent trouvés au niveau de la lèvre inférieure et au niveau du plancher de la bouche.

Les diverses ulcérations du sigmoïde peuvent induire en erreur : leurs caractères cliniques à eux seuls ne sont pas suffisants pour permettre de les diagnostiquer. Là encore, l'examen sigmoïdoscopique lèvera toutes les incertitudes.

f) **Les ulcérations tuberculeuses** se manifestent par des troubles fonctionnels divers ; phénomènes de colite, hémorragies sigmoïdiennes, épreintes. Le plus souvent, c'est un écoulement glaireux, purulent, abondant, qui se manifeste comme premier symptôme.

L'examen endoscopique permet de reconnaître ce type d'ulcération ; en général allongées dans le sens vertical, suivant une direction perpendiculaire aux plis de la muqueuse sigmoïdienne, elles n'occupent jamais ou

presque jamais la totalité de la circonférence de l'intestin ; des granulations grisâtres apparaissent en collerette, limitant l'ulcération ; les bords de l'ulcération sont nets et décollés, le fond purulent, atone, sans tendance au bourgeonnement ; la muqueuse est pâle et jaune. Les ulcères saignent peu mais souvent.

Il ne faudra pas se fier à l'état général du sujet pour en faire le diagnostic ; il est possible que d'autres lésions, pulmonaires, en particulier, puissent attirer l'attention. Généralement elles ne sont pas suffisantes pour affirmer cliniquement la nature tuberculeuse des lésions intestinales. Par contre, on pourra faire un examen bactériologique des selles et trouver dans celles-ci des bacilles de Koch.

g) Exceptionnellement, on pourra songer aux **ulcérations syphilitiques** du sigmoïde. La diarrhée et les hémorragies intestinales sont signalées comme principaux symptômes. Ces ulcérations occupent généralement une grande surface. Routier cite un cas dans lequel le rectum était pris sur une longueur de 22 centimètres. Gérard-Marchand, un autre cas où la surface ulcérée était de 42 centimètres. Ce sont des ulcères plus ou moins arrondis, reposant sur une base dure et assez large, de fond sale, s'excavant assez profondément et entamant la musculeuse.

h) **La dysenterie à la période ulcéreuse** peut être difficile à diagnostiquer de certaines formes cliniques de cancer que nous avons décrites : les selles dysentériques sont le plus souvent muqueuses ou sanguinolentes pures sans mélange de matières. Les garde-robes sont plus nombreuses encore ; 12 à 15 selles par jour sont un

nombre courant. Il dépasse quelquefois 30 et 40 dans les formes graves. Il faudra interroger le malade sur ses origines, son séjour possible aux colonies.

L'endoscopie montrera des ulcérations petites, très confluentes, superficielles, à contours irréguliers, cachées sous une couche de mucus concrété ; les bords en sont plats et festonnés. A côté de ces ulcérations, la muqueuse est grisâtre, sanguinolente et on peut voir à sa surface de petites saillies de la grosseur d'une tête d'épingle, premier stade de l'élément ulcéreux.

i) **L'ulcère simple** se manifeste par de la constipation chronique habituellement très prononcée. Il est douloureux et c'est, d'après MM. Quénu et Duval, un des symptômes précoces.

« Cette douleur, écrivent ces auteurs, est fixe, continue, parfois assez peu intense pour ne pas éveiller l'attention spéciale des malades et être naturellement rapportée par eux à la constipation habituelle. Elle présente parfois, sans cause, des exacerbations caractéristiques, parfois succédant aux repas, elle devient aiguë, térébrante, profonde, presque syncopale. Entre temps, elle n'est qu'une gêne, une sensation de pesanteur. Puis se montre la crise colique avec émission abondante de gaz et de matières soit solides, soit diarrhéiques ; l'hémorragie intestinale est rare ».

On conçoit combien un pareil tableau survenant chez un malade de l'âge moyen de la vie peut faire penser au début d'un néoplasme. On ne devra pas négliger l'exploration méthodique avec le sigmoïdoscope qui, dans la grande majorité des cas, fera reconnaître la bénignité de la lésion.

II. — Une seconde catégorie de malades se présente avec des **crises d'obstruction** : les uns ne présentent pas de tumeur, les autres ont une tumeur abdomino-pelvienne palpable.

a) **Il n'y a pas de tumeur.** — Le diagnostic est à double degré : il faut localiser la cause de l'obstruction, puis déterminer la nature de l'agent d'obstruction.

Nous avons vu sur quels signes on doit s'appuyer pour faire le diagnostic de sténose sigmoïdienne ; dilatation du colon descendant, du colon transverse, tympanisme dans la région cœcale, perception de bruits de gargouillements, succédant aux contractions péristaltiques, ces derniers phénomènes se montrant dans la zone sous-ombilicale de l'abdomen et plus particulièrement à gauche de la ligne médiane.

Une cause d'erreur très importante, sur laquelle nous nous étendons, d'autant plus qu'elle fut commise sur une de nos malades, est l'existence d'un anneau de spasme surajouté et distant de la véritable lésion.

Suivant la position de ce spasme plus ou moins élevé sur le colon, son existence pourra faire faire des diagnostics absolument différents sur le siège de l'obstacle et faire méconnaître la localisation sigmoïdienne de la lésion principale.

Il sera bon de vérifier dans ce cas et lorsque l'état du malade le permettra, par l'examen radioscopique, après lavement bismuthé, et par la sigmoïdoscopie, la participation de l'anse sigmoïde à cet état d'obstruction.

Nous rapportons une observation personnelle dans laquelle les symptômes cliniques faisaient croire à un rétrécissement de l'angle colique droit, alors que la ma-

lade avait un cancer sténosant de l'anse sigmoïde, les signes d'obstruction qu'elle présentait étant cliniquement dûs à l'existence d'un anneau de spasme haut placé.

Observation XXIV (Service de M. le Dr Mathieu). — *Cancer sigmoïdien avec anneau de spasme à l'angle sous-hépatique du colon faisant penser à une tumeur de cette région. — Dilatation du cæcum et du colon ascendant. — Affaissement du colon transverse et du colon descendant.*

Louise G .., 34 ans, entrée le 20 janvier 1909, salle Barth.

A. P. — Fièvre typhoïde il y a 4 ans.

Le début des accidents actuels remonte au mois de novembre 1908 : la constipation habituelle devint opiniâtre, et le 14 novembre. la malade arrête au travail à cause des douleurs abdominales.

Quelques jours auparavant, elle s'était sentie ballonnée, extrêmement fatiguée avec des sensations d'étouffement. L'appétit était diminué ; il y avait un dégoût prononcé pour tous les aliments. Les vomissements survenaient par crises, elle restait quelquefois 15 jours sans vomir, puis elle rendait tout ce qu'elle prenait.

Dans les selles, on ne constata ni sang ni glaires. Les crises douloureuses étant devenues de plus en plus fréquentes, elle entre à l'hôpital.

Examen. — Ventre ballonné, un peu plus marqué dans la région ombilicale et à gauche de la ligne médiane. Palpation très souple de la fosse iliaque gauche, un peu moins à droite.

Foie très remonté : 2 centimètres de matité, bord inférieur à 4 travers de doigt au-dessus du rebord costal.

Estomac. — Bruits de gargouillements et de flot à la succussion digitale ; ondes péristaltiques de gauche à droite coïncidant avec les douleurs. Clapotage et bruit de flot à timbre intestinal.

Fausse ascite : submatité du flanc gauche, matité du flanc droit.

Toucher rectal négatif.

Toucher vaginal : utérus très mobile.

Radioscopie : estomac au niveau de l'ombilic ; zones claires et

sombres superposées : impression d'anses intestinales dans lesquelles il y aurait des gaz et du liquide.

Traitement. — 1/2 milligramme d'atropine et injections deux fois par jour.

Dans les jours qui suivent, les selles et les gaz se supprimèrent totalement ; la malade est dirigée sur le service de chirurgie.

Opération par M. le Dr Ricard.

Laparotomie médiane sous-ombilicale ; l'intestin grêle fait saillie, il est distendu et congestionné. Le cœcum est également distendu, ainsi que le colon ascendant. La partie gauche du colon transverse est affaissée et vide. On pense à une sténose de l'angle hépatique du colon et on pratique une entéro-anastomose du grêle avec l'S iliaque.

Mort le surlendemain par péritonite.

Autopsie. — Péritonite purulente généralisée.

L'entéro-anastomose fonctionne et aboutit juste au-dessous d'un néoplasme de l'S iliaque mobile et peu étendu. La sténose néoplasique elle-même était incomplète. Il y avait une dilatation notable au-dessus. Hauteur du néoplasme : 3 centimètres.

C'était une néoformation cupuliforme à bords surélevés en bourrelet presque lisses et rosés. Le fond est ardoisé.

Légères arborisations vasculaires sur les bourrelets et sur la muqueuse qui les entoure. Pas de ganglions.

Examen histologique. — Epithélioma cylindrique typique.

Quand la cause de l'obstruction est rapportée à l'anse sigmoïde, la lente évolution du processus, les crises successives en relation avec un trouble des fonctions évacuatrices permettront d'éliminer le volvulus de l'S iliaque très fréquent mais débutant brusquement, les obstructions par brides qui, une fois installées, ne cèdent plus et sont consécutives à des lésions anciennes de péritonite localisée.

Reste la question des rétrécissements proprement dits

et la sténose néoplasique devra être distinguée des rétrécissements tuberculeux syphilitiques, dysentériques.

a) Les rétrécissements d'origine tuberculeuse sont rarement constatés sur le gros intestin, mais plutôt sur la partie terminale du grêle. Il y a le plus souvent des accidents tuberculeux sur d'autres organes plus facilement constatables. Delore et Lambert, dans *Lyon chirurgical* 1911, ont rapporté à ce sujet l'observation suivante :

Observation XXV. — Homme de 60 ans, ayant présenté des synovites tuberculeuses et des lésions pulmonaires de même nature. Un an avant la crise d'occlusion, il avait présenté une crise d'obstruction qui a cédé à des lavements. Depuis 12 jours, occlusion complète.

Autopsie. — Rétrécissement de 12 millimètres ; paroi de l'S iliaque indurée ; perforation sur le bord interne, longue de 2 centimètres.

L'examen histologique a montré l'infiltration de la sous-muqueuse envahie par une infinité de petites cellules rondes : cette infiltration se prolonge dans la couche des fibres musculaires longitudinales. Du côté des vaisseaux, quelques-uns sont thrombosés, d'autres montrent leur lumière oblitérée par un caillot : périartérite manifeste. Quelques rares cellules géantes dans la sous-muqueuse. Pas de formation folliculaire type.

b) Les rétrécissements syphilitiques se voient sur tout le gros intestin. Il faudra rechercher d'autres signes de syphilis, faire la réaction de Wassermann.

c) La cicatrisation de l'ulcération dysentérique peut provoquer un rétrécissement de la lumière intestinale avec phénomènes d'obstruction. La connaissance des antécédents du malade, l'endoscopie dans certains cas qui pourra montrer des ulcérations encore en voie d'évolution, permettront d'en faire le diagnostic.

d) **Il y a une tumeur palpable.** — Le diagnostic se pose différemment suivant les cas.

1° *Tumeurs extra-pelviennes.* — Il faut tout d'abord connaître ces cas de tumeurs franchement abdominales prises pour des *cancers du colon transverse*, le plus souvent, et qui ne sont autre que des néoplasmes sigmoïdiens sur un organe anormalement long et, par suite, dans la position abdominale.

Les signes cliniques sont ceux d'une tumeur portant sur le gros intestin ; seule la localisation par la palpation directe fait errer le diagnostic. L'unique façon de rectifier l'erreur est de faire l'examen radioscopique. On constate que la colonne bismuthée, après avoir franchi l'ampoule rectale, monte dans l'abdomen, décrivant un trajet absolument anormal, et finalement vient s'arrêter au niveau de la tumeur décelant son siège sigmoïdien.

Dans cet ordre d'idées, on doit penser à un rein *ectopique* devenu néoplasique ou tuberculeux. M. Goullioud, dans *Lyon médical*, cite un fait de ce genre, où il n'y avait aucun signe de sténose ; la tumeur perçue chez une malade de 36 ans, fut prise pour un rein gauche mobile. Plus tard, on s'aperçut de l'erreur de diagnostic en s'appuyant sur les signes purement intestinaux et l'exérèse d'un cancer de l'anse fut pratiquée.

2° *Tumeurs pelviennes para-sigmoïdiennes.* — Celles qui prêtent le plus à confusion sont les tumeurs des organes génitaux internes et c'est surtout dans la forme enclavée dans le petit bassin, que nous avons décrite, que le diagnostic devient particulièrement délicat.

L'observation XIV, que nous avons insérée, est très instructive à ce sujet.

Le plus habituellement, on fait le diagnostic de *salpingite*, et ce n'est qu'à l'opération que l'erreur est reconnue. Dans quelques cas, d'ailleurs, il peut y avoir coïncidence des deux affections, condition éminemment favorable à l'erreur.

M. Routier, cite l'observation suivante :

Observation XXVI. — Jeune femme de 18 ans, présentant des accidents d'occlusion intestinale incomplète ; les gaz étaient encore émis. Le ventre était douloureux avec un maximum à gauche. On sentait une tuméfaction dans la profondeur de l'hypochondre gauche. Ces accidents étaient apparus après une fausse couche remontant à 2 ans.

Au toucher, on sentait une masse à gauche, faisant penser à une masse annexielle, et on porta le diagnostic de salpingite gauche.

Opération : Ablation des annexes gauches vraisemblablement tuberculeux. De plus, on voit un volumineux cylindre dur, noueux, formé par l'S iliaque supposé également tuberculeux. Ablation sur 14 centimètres, réunion bout à bout.

Examen histologique : épithélioma mucoïde de l'S iliaque.

Munro Kerr (*Glasgow medical Journal*, 1910), rapporte 3 observations de cancer de l'S iliaque ayant simulé une affection de l'utérus et des annexes. Dans 2 cas, le médecin qui confia les malades à ses soins était sous l'impression que la tumeur était en connexion avec l'utérus ou les annexes. Dans le premier cas, la tumeur était située en arrière, à gauche au-dessus de l'utérus. Elle pouvait être palpée à l'examen manuel combiné au toucher vaginal. Elle était plus petite après une purgation ; elle simulait une tumeur de l'ovaire par sa consistance, mais les douleurs sous forme de coliques, la constipation persistante et la variation dans le volume de la

tumeur firent faire le diagnostic de tumeur de l'S iliaque. A l'opération, l'ovaire gauche était de volume normal.

Dans un autre cas, un kyste de l'ovaire et un cancer de l'S iliaque furent pris pour une *grossesse extra-utérine*, le cancer fut trouvé seulement à l'ouverture de l'abdomen, et ne fut à aucun moment soupçonné.

Il y a des cas où même à la laparotomie, on peut commettre l'erreur inverse, prendre pour des cancers de l'anse des épaississements inflammatoires de contiguité qui ont pu donner l'apparence d'une tumeur intestinale.

Segond a rapporté 2 observations de malades opérées pour néoplasme de l'ovaire et qui présentaient des épaississements du segment intestinal adjacent d'aspect nettement néoplasique. Ces tumeurs se sont évanouies dans la suite. Il écrit à ce sujet : « qu'il y a sans doute des cas évidents où les caractères d'un cancer intestinal rencontré au cours de l'ablation d'un fibrome ou d'un kyste ovarien, sautent pour ainsi dire aux yeux. Cela se voit surtout quand fibromes et kystes ne se compliquent d'aucun processus phlegmasique péritonéal. Mais quand la tumeur intestinale soupçonnée cancéreuse, se découvre au milieu des fausses membranes et des lésions plus ou moins complexes de la péritonite, la situation devient plus délicate, les éléments du diagnostic sont aussi variables que les cas particuliers. On peut toutefois retenir que c'est précisément en pareille circonstance que les faux cancers ont chance de se rencontrer. »

Le diagnostic devra se fonder sur deux recherches également minutieuses : troubles intestinaux antérieurs, antécédents gynécologiques de la malade,

D'une part, on devra faire un interrogatoire systématique et très serré sur l'état habituel des fonctions alvines, rechercher la possibilité de ces petites crises d'obstruction successives, quelquefois insuffisamment mises en relief par la malade, et faire l'examen des selles. La sigmoïdoscopie sera la méthode d'investigation de choix, et ses données seront combinées aux renseignements fournis par la palpation abdominale et le toucher vaginal.

D'autre part, on recherchera d'autres poussées possibles de salpingite antérieure pouvant permettre d'expliquer la formation d'une grosse tumeur annexielle, susceptible d'expliquer les troubles intestinaux. Le plus souvent, la gravité de ceux-ci ne sera pas en rapport avec l'hypothèse d'une simple compression ou inflammation de voisinage.

Il faudra songer au foyer de *pelvi-péritonite* consécutif à une salpingite ou ovarite. Les troubles intestinaux seront au minimum, et si parfois des signes d'obstruction naissaient, dûs à la présence d'une petite plaque de péritonite adhésive, l'endoscopie montrerait l'intégrité de la muqueuse et sa mobilité sur les plans sous-jacents. L'évolution clinique serait également toute différente, depuis le début où la température serait notée comme un des premiers symptômes avec la douleur et l'empâtement localisés.

Cependant, il faut bien dire que dans certains cas ces péritonites localisées, chroniques et scléreuses, demeurent, souvent même après intervention, d'une interprétation difficile.

M. Lejars a rapporté des observations dans lesquelles

on avait conclu à un néoplasme, et la masse enlevée se trouvait être faite de vieilles lésions salpingiennes enveloppées d'un foyer de pelvi-péritonite diffuse, se prolongeant le long de l'S iliaque. Il dit à ce sujet que ce n'est souvent qu'à l'observation prolongée et par l'évolution de la tumeur locale et de l'état général, qu'on obtiendra la certitude de son diagnostic.

Il faudra éliminer les *autres cancers* de la région : cancers de la vessie, de l'utérus, des ovaires. Généralement, il sera assez facile, grâce à leurs signes cliniques respectifs bien déterminés, d'en faire le diagnostic. L'examen radioscopique permettra d'éliminer toute tumeur extra-intestinale. Dans quelques cas, en l'absence de ce dernier examen, il faudrait songer à la possibilité d'une invasion secondaire de ces organes, l'accident primitif siégeant sur l'anse sigmoïde.

3° *Tumeurs sigmoïdiennes.* — La tumeur est franchement une tumeur du sigmoïde, il faut en déterminer la nature. C'est là le problème si difficile à résoudre cliniquement des tumeurs inflammatoires et du cancer.

Quelques-unes, cependant, sont relativement faciles à diagnostiquer.

La *sigmoïdite aiguë* présente un tableau assez différent de celui du cancer pour permettre de la différencier.

Elle apparaît généralement chez un sujet ayant de la colite rebelle. Chez un constipé se purgeant fréquemment, elle débute par des douleurs abdominales plus ou moins marquées dans la fosse iliaque gauche, douleurs persistantes. Le malade présente de la constipation avec des matières dures enrobées de mucus et striées de sang;

parfois, au contraire, c'est de la diarrhée : 3 ou 4 selles par jour, rarement au-dessus de 10.

La langue est chargée, il a de l'anorexie, de la prostration, la température est légèrement élevée.

A l'examen local, on lui trouve généralement un ventre un peu ballonné ; sa cuisse est fléchie sur le bassin. La palpation de la région sigmoïdienne est sensible ; ses muscles abdominaux sont contractés du côté malade. On trouve une anse augmentée de volume sous forme d'un boudin à consistance ferme, douloureuse à la palpation profonde.

Le toucher vaginal donne peu de renseignements si ce n'est la douleur profonde. Le toucher rectal peut permettre de percevoir cette sensation spéciale de mollesse des tissus dûs à l'œdème de la muqueuse.

La sigmoïdoscopie montre une muqueuse congestionnée rouge foncé, avec œdème des replis et, par place, des dépôts muqueux ; parfois, on peut trouver de petits points hémorragiques très ténus. Ces lésions portent sur une très grande surface.

C'est la sigmoïdite catarrhale dont la durée du processus aigu n'excède guère 8 jours.

Elle est généralement à répétition, et plus les accès se succèdent, plus la tuméfaction primitive prend d'extension, forme d'adhérences et en impose pour une tumeur maligne. Il est bon, dans ces cas, de tenir compte des crises antérieures et de faire de l'existence de tels symptômes, la clé du diagnostic.

Voici une observation communiquée par M. Maire (*Lyon médical*, 1909) ;

Observation XXVII. — Homme de 50 ans, ayant une bonne santé antérieure ; brusquement, vive douleur dans la fosse iliaque gauche sans troubles digestifs. Poussées légères de douleurs consécutives. Plus tard, un peu de troubles digestifs, digestions plus lentes, un peu de diarrhée, pas de sang. Puis, accès plus violents, hoquet, nausées, constipation absolue, météorisme. A l'examen, tuméfaction profonde, allongée, douloureuse. Toucher rectal négatif. Température : 38° 4.

Sous l'influence d'un purgatif doux, tout cesse.

Un mois après, crise nouvelle ; température : 38° 5, empâtement de la fosse iliaque gauche.

Intervention : aucune trace de tumeur ; adhérence péritonéale résistante, fibreuse, située entre le repli rétro-vésical et l'anse coudée fortement. S iliaque dilaté et épaissi.

Le diagnostic est tout particulièrement difficile avec la *sigmoïdite chronique hypertrophique.*

Les observations en sont nombreuses et, dans presque toutes, nous voyons que l'opération a été pratiquée et ce n'est qu'à l'examen de la pièce que le diagnostic exact a pu être fait.

Cette forme est caractérisée par des attaques successives de sigmoïdite aiguë ; il en résulte un épaississement des parois et une infiltration marquée. Elle présente le tableau de l'obstruction chronique sigmoïdienne avec sa constipation opiniâtre entrecoupée de débâcles diarrhéiques, ses crises douloureuses coliques.

Les matières peuvent contenir plus ou moins de pus ou de sang, toujours du mucus enrobant des petites masses dures et ovillées. Le sang est noir, mélangé aux matières le plus souvent ; mais il peut aussi être rendu rouge. Il existe une douleur pénible dans la région iliaque.

Il y a toujours de légères poussées fébriles, un pouls fréquent, signes inaccoutumés dans le cancer.

A la palpation, le boudin primitif de la sigmoïdite aiguë est devenu une véritable tumeur irrégulière de consistance et de fixité absolues ; le volume est parfois considérable.

La sigmoïdoscopie montre la muqueuse couverte de mucus blanc jaunâtre ; si on gratte ce mucus, on peut, découvrir deux choses : une muqueuse granuleuse, comme chagrinée, très peu rouge et parfois des ulcérations irrégulières, isolées ou confluentes par places, saignant peu, dont le fond contient du muco-pus. Il n'y a jamais de procidence en forme de chou-fleur dans la lumière de l'intestin.

On voit combien les signes fonctionnels présentent d'analogie avec le cancer. Le diagnostic se basera donc sur les débuts brusques, les petites crises fébriles successives à intervalles pendant lesquelles le malade peut se rétablir complètement. Nous ne voyons pas, dans le cancer, de périodes comparables libres de tout symptôme, ceci pouvant être expliqué par ce fait que les tumeurs malignes créent l'obstruction par leur masse propre, la sigmoïdite chronique évoluant avec des processus aigus de gonflement qui amènent une obstruction temporaire.

L'endoscopie peut rendre de grands services dans la mesure où elle sera applicable. Le tube pénétrerait plus facilement que dans les cas de cancer où la sténose est plus rapidement marquée.

Nous rapportons ci-dessous une observation de Tavernier (*Lyon médical*, 1912) qui résume bien les caractères de la sigmoïdite chronique.

Observation XXVIII. — Femme de 50 ans, à constipation remontant à plusieurs années. En avril 1911, crise d'obstruction intestinale ayant cédé à des lavements.

Toucher vaginal : sensation à gauche au bout du doigt d'une petite masse dure et mobile du volume d'une noix : possibilité d'un néoplasme sigmoïdien.

Deux à trois semaines après, plus rien au toucher.

Jusqu'à la fin de 1911, appétit et état général bons.

En janvier 1912, nouvelle crise d'obstruction, cédant encore à des lavements. Jamais de sang dans les matières qui étaient de calibre normal.

Toucher : Tumeur pelvienne assez volumineuse, peu mobile, douloureuse à la pression, se prolongeant dans la fosse iliaque gauche et refoulant à droite un utérus petit. Petites poussées de température coïncidant avec les phénomènes douloureux.

Diagnostic : Néoplasme probable du colon pelvien.

Opération : Volumineuse tumeur de l'S iliaque ; adhérences à l'utérus et aux annexes gauches siégeant sur la première portion du colon pelvien ; ablation de la tumeur et de l'utérus adhérent.

Examen : Sténose si serrée que le colon est imperméable à l'eau ; une masse dure, du volume d'un petit œuf, infiltrait le méso réséqué. Muqueuse entièrement saine ; les autres tuniques sont infiltrées d'un œdème très dur, cartonneux donnant jusqu'à 2 à 3 centimètres d'épaisseur. Grand nombre de diverticules pleins de matières, d'où on peut penser que part l'infection.

La péri-sigmoïdite chronique, d'origine endogène, celle qui succède à des lésions du sigmoïde, est peut-être l'affection qui simule le plus le cancer.

« Peut-on trouver, écrit Patel, un tableau plus ressemblant que celui de certaines formes de péri-sigmoïdite chronique ? Les troubles intestinaux sont au complet, l'hémorragie peut venir y ajouter sa note ; on voit les malades se cachectiser, maigrir, présenter des phénomè-

nes d'occlusion. La tumeur que l'on constate vient encore confirmer l'idée première. »

Les caractères propres de la tumeur ne sauraient suffire au diagnostic. Bien que Bland Sutton ait essayé de donner des caractères différentiels en disant que la tumeur dans la péri-sigmoïdite est diffuse, irrégulière, sans bosselures, douloureuse, alors que dans le néoplasme elle est plus limitée, plus arrondie, plus irrégulière dans sa surface et aussi moins douloureuse, on se rend parfaitement compte que ces seules constatations sont incapables d'éclairer suffisamment, les masses cancéreuses évoluant très différemment dans leur aspect physique.

L'endoscopie ne permet guère d'affirmer la nature inflammatoire de la lésion.

Il est cependant plusieurs points qu'il faut mettre en relief : le début des accidents qui ne ressemble guère au début progressif et lent du cancer ; les élévations thermiques à certains moments de l'évolution ; le caractère de la douleur qui ne disparaît pas, s'exaspère par les mouvements, la marche, l'effort, les secousses et en particulier l'automobile (Mathieu) ; enfin la tumeur elle-même qui est beaucoup mieux limitée, beaucoup moins adhérente aux parties voisines que ne le serait une tumeur cancéreuse de même localisation et de mêmes dimensions (Mathieu).

L'obstruction chronique définitive y est rare.

L'évolution est également différente ; les symptômes, la tumeur elle-même, peuvent disparaître avec le repos au lit et la diète ; le résultat du traitement jette ainsi la lumière sur le diagnostic.

Voici deux observations : l'une de M. Lejars, l'autre

de M. Tuffier, montrant les difficultés du diagnostic et la sagesse de l'abstention lorsqu'on a quelque raison de douter.

Observation XXIX (*Bull. et Mém. Société Chir.*, 20 mars 1906). Dame de 40 ans, admise pour accidents attribués à un néoplasme ou tuberculose de l'S iliaque. Pâle, un peu jaune, très amaigrie. Constipée depuis longtemps, elle avait constaté depuis longtemps la présence d'un peu de sang dans les selles ; en juillet, hémorragie plus abondante à deux reprises, dans l'intervalle de 3 jours ; depuis, l'écoulement hématique ne s'était pas reproduit, mais du pus avait été évacué par l'anus peu de temps avant. Rien d'anormal à droite. Mais à gauche, profondément dans la fosse iliaque, on découvrait une masse bombée, dure, allongée obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, de contours mal définis ; quelques-unes des bosselures semblaient mobiles, le reste était fixé et ne se déplaçait pas sous la main. J'admis la possibilité d'un processus néoplasique de l'S iliaque, mais je ne me m'arrêtai pas de façon complète à ce diagnostic ; je prescrivis un régime d'entéro-colite et demandai à revoir la malade au bout de quelque temps. Revue au bout de 5 semaines, les hémorragies avaient disparu ; selles abondantes sous l'action des grands lavages rectaux ; plus de douleurs dans la fosse iliaque, presque plus d'induration et l'on pénétrait sans obstacle dans la profondeur sans trouver de tuméfaction périsigmoïdienne. Le régime fut continué, et au bout de quelques mois, la santé était redevenue parfaite et la fosse iliaque gauche absolument libre.

Observation XXX (*Bull. et Mém. Société Chir.*, 20 mars 1906).— Homme de 45 ans, entre pour tumeur dans la fosse iliaque gauche. Accidents : uniquement alternatives de diarrhée et de constipation depuis 1 an. Amaigrissement continu, ni hémorragie, ni melœna. A l'examen : Cachexie, pâle, décharné. Masse dans la fosse iliaque gauche indurée, ligneuse, faisant corps avec elle et empiétant sur le cylindre intestinal.

En certains points, cette tumeur est marronnée. Le diagnostic de cancer de la fosse iliaque gauche s'imposait. Comme le malade était très cachectique, et que les accidents d'obstruction cédaient à une simple administration d'huile de ricin, je refusai toute intervention.

Le 5 janvier 1906, le malade revenait à l'hôpital et je ne le reconnaissais pas, tant son état général était modifié.

Fosse iliaque gauche absolument normale.

Le malade raconta qu'après son séjour à l'hôpital, il avait eu les mêmes accidents pendant quelques semaines, puis que tout s'était amendé.

Les diverticulites sont d'observation relativement récente ; elles ne sont pas d'un diagnostic très facile avec le cancer, d'autant que sur la lésion primitive peut se greffer, dans la suite, une tumeur maligne.

Sur 25 cas de diverticulites rapportés par Maxwell Telling, le diagnostic de néoplasme fut fait 12 fois soit avant, soit à l'opération. Il n'est donc pas jusqu'aux symptômes macroscopiques de la tumeur après ablation qui ne puissent prêter à confusion.

Il faudra rechercher dans les antécédents des malades des crises analogues à des crises appendiculaires siégeant dans la fosse iliaque gauche.

Avec Griffin, nous pouvons ajouter que les points qui favoriseraient le diagnostic de diverticulite chronique seraient les suivants :

1° Absence de signes de malignité dans le tableau général.

2° Tendance à l'embonpoint et conservation du bon appétit.

3° Longue histoire de crises douloureuses abdominales profondes localisées au quart inférieur gauche de la fosse iliaque.

4° Formation possible d'une masse avec disparition consécutive.

5° Absence de sang dans les selles à plusieurs examens.

6° Existence de fistules vésicales possibles qui apparaissent de nature inflammatoire à l'examen cystoscopique.

7° Impossibilité de démontrer la malignité après examen au sigmoïdoscope.

L'usage du sigmoïdoscope devrait *à priori* donner des renseignements utiles ; dans certains cas il en est ainsi ; lorsqu'on découvre une ulcération de la muqueuse, il est vraisemblable qu'on a affaire à un cancer ; de même losqu'il y a bourgeonnement.

Dans les autres cas, l'évolution de la maladie, le malade étant au repos au lit et soumis à un régime spécial, aidera beaucoup à affirmer le diagnostic.

La tuberculose hypertrophique de l'S iliaque est la forme la plus commune de tuberculose à ce niveau du gros intestin et rien n'imite plus une masse néoplasique qu'un tuberculome. Les autres signes de tuberculose mis à part, peu de symptômes plaideront en faveur de ce diagnoctic ; il est cependant certaines recherches qu'il faudra pratiquer : l'examen du sang qui montrera l'anémie plus intense et plus précoce dans le cancer ; l'examen des selles qui pourra faire déceler le bacille de Koch. Les végétations qui entourent le foyer tuberculeux et qui sont dues à une inflammation chronique de voisinage sont résistantes, saignent très peu, tandis que le cancer saigne avec la plus grande facilité. On pourra recourir à la séro-réaction de Courmont ou à l'ophtalmo-réaction,

La laparotomie est ici très indiquée. Les ganglions du méso-colon pelvien sont en général très gros, mais il faudra songer, dans ce cas, à la possibilité d'infection d'un cancer. Souvent le diagnostic vraiment exact sera fait par l'examen histologique.

De même, *le syphilome* de l'anse sigmoïde ne sera guère reconnu que lorsqu'on aura découvert la syphilis chez le sujet. On pratiquera la réaction de Wassermann et on fera un essai de traitement spécifique. Si la tumeur ne paraît pas rétrocéder, on aura recours à la laparotomie. Mais auparavant, la sigmoïdoscopie et la radiographie de l'S iliaque peuvent donner de très utiles renseignements. La syphilis tertiaire se caractérise essentiellement par une infiltration de la sous-muqueuse et crée par là une sténose assez régulière, cylindrique. Au sigmoïdoscope, elle se présente comme un tunnel béant, sur une longueur de 5 à 10 centimètres. L'image radiographique montre également un cylindre régulier, droit et invariable dans son calibre.

L'actinomycose n'est pas fréquente dans la fosse iliaque gauche. Néanmoins, il faut y songer : la recherche du parasite dans les selles s'impose. Quand les fistules se montreront, l'apparition des grains jaunes dans le pus fera immédiatement faire le diagnostic.

Certains diagnostics exceptionnels de fibromes, de myomes, de lipomes, ne seront généralement faits qu'en présence de la tumeur elle-même, soit après invagination, ce qui arrive très souvent, soit après ablation.

c) **Fausses tumeurs.** — Nous devons nous arrêter un peu plus longuement sur l'existence possible de fausses

tumeurs qui peuvent être de deux ordres : spasmodiques et stercorales, quelquefois combinées.

« Les fausses tumeurs spasmodiques, écrit M. Mathieu, sont cylindriques, allongées suivant la direction même du colon, très nettement limitées et non adhérentes aux parties voisines à l'inverse de ce qui a lieu pour les tumeurs inflammatoires et néoplasiques. Leur consistance et leur volume sont assez variables suivant les moments. Elles sont, en outre, très douloureuses, plus douloureuses que les tumeurs inflammatoires ou néoplasiques ».

Une observation typique a été fournie par M. Loeper (*Trib. méd.*, 1910).

Observation XXXI. — Homme de 27 ans, avec douleurs dans la fosse iliaque gauche ; constipation habituelle accentuée, état général très altéré. Dans la fosse iliaque gauche, tumeur grosse comme le poing d'un enfant, fort douloureuse à la palpation et présentant des variations journalières assez marquées, de volume et de tension. Tantôt plus dure et plus grosse, tantôt diminuant de volume et de consistance. Un jour, hémorragie semblant confirmer l'hypothèse de néoplasme. Guérison à la suite d'une débâcle ; emploi de la belladone et de l'huile de ricin.

Ces spasmes de l'anse sigmoïde sont actuellement assez bien connus. Ils se voient chez des gens particulièrement nerveux ; ces malades font du spasme parce qu'ils sont constipés et restent constipés parce qu'ils font du spasme. C'est ainsi que naissent également les tumeurs stercorales auxquelles il faudra songer surtout chez les vieux malades ayant déjà passé, pourrait-on dire, l'âge du néoplasme. Elles disparaîtront très vite à la suite de lavements émollients.

III. — **Occlusion.** — L'occlusion par cancer de l'S iliaque est moins dramatique que certains processus aigus de l'abdomen susceptibles de la simuler. Ce ne sera guère que dans les cas exceptionnels où elle sera la première manifestation, qu'on aura à la différencier de la *péritonite aiguë*.

Dans cette affection, certains petits signes peuvent être recherchés comme le frisson du début, l'ascension de la température dès les premiers accidents ; la douleur se généralise plus rapidement, elle est plus superficielle, le météorisme est plus accentué, tendant très vite à masquer la matité hépatique. Il existe de la matité dans les flancs, indice d'épanchement péritonéal. Le diagnostic sera plus complexe lorsque la péritonite viendra s'ajouter à l'occlusion dans le cancer, les parois intestinales s'étant rupturées ou perforées. Nous avons vu cependant que, dans ces conditions, c'est rarement la péritonite généralisée qui succède à l'accident.

Rarement aussi on pourra songer à la possibilité d'une *pancréatite aiguë* ; celle-ci survient au cours de certaines maladies infectieuses ; la douleur initiale est sus-ombilicale. Le pouls est accéléré dès le début, l'abdomen n'est généralement pas aussi tendu.

De même pourra-t-on songer, dans certains cas, à quelque forme *d'appendicite aiguë* ou *d'invagination aiguë*. Ce dernier diagnostic est parfois fort difficile en raison de la douleur localisée au début et parfois de la présence d'une tumeur dans la fosse iliaque gauche ; le toucher rectal peut permettre d'atteindre le cylindre invaginé et de constater sa parfaite régularité.

Quant au diagnostic du siège de l'occlusion, nous

avons vu qu'il est difficile de le déterminer, le signe décrit par Laugier étant très infidèle. De toutes façons, un avis chirurgical doit être demandé et l'intervention ne saurait longtemps différer.

IV.— **Diagnostic des complications**. —Le néoplasme suppuré devra se distinguer des différents abcès de la fosse iliaque gauche. Ceux-ci se manifestent par un début assez brusque rappelant celui de l'abcès appendiculaire ; il y a des vomissements, de la constipation, témoins de la réaction péritonéale. L'état général est moins touché que le néoplasme à cette période. Enfin, les symptômes purement intestinaux antérieurs ne se retrouveront pas.

Une erreur facile à éviter sera de prendre pour des signes de cystite les symptômes vésicaux secondaires à un cancer sigmoïdien. L'examen cystoscopique montrera l'existence de fistules symptomatiques ; l'écoulement de pus, de matières, la pneumaturie, indiqueront l'origine intestinale. Il restera à faire le diagnostic de la nature de la lésion, l'existence des fistules sigmo-vésicales pouvant fort bien se trouver avec les tumeurs inflammatoires de l'anse sigmoïde. L'état général du sujet, son faciès, permettront de faire le diagnostic de cancer ; la découverte de bourgeons néoplasiques au niveau des orifices fistuleux ne laissera aucun doute.

Les fistules sigmo-intestinales ne seront pour ainsi dire jamais diagnostiquées du vivant du malade.

CONCLUSIONS

Il y a un intérêt bien évident à dégager au point de vue clinique le cancer de l'anse sigmoïde des cancers intéressant la partie gauche du gros intestin.

C'est une affection relativement fréquente, extrêmement utile à bien déterminer et de très bonne heure.

Elle se manifeste par des signes assez particuliers et évolue en trois temps :

Une période primordiale de troubles intestinaux consistant surtout en exagération de la constipation et douleurs localisées.

Une deuxième phase dite période d'obstruction.

Une troisième, qui parfois n'est pas atteinte, la période d'occlusion.

Ses complications les plus fréquentes sont les fistules d'organe à organe, celles qu'on voit le plus souvent étant les fistules sigmo-vésicales.

Le cancer de l'anse sigmoïde peut revêtir les formes cliniques les plus variables, les plus intéressantes étant dues à la position de l'anse dans le petit bassin. Il peut ainsi prêter à erreur avec toutes les tumeurs de cette cavité, en particulier celles des organes génitaux internes.

Cette affection intéresse à la fois le médecin, le radiographe et le chirurgien.

Le plus souvent, le médecin sera consulté le premier, à cause des troubles primordiaux. C'est à lui qu'il appartient de faire un diagnostic rapide, et de cette rapidité dépendront les chances de succès de l'intervention. Il

devra mettre en œuvre sur ce seul symptôme : *irrégularité inhabituelle dans les fonctions alvines*, tous ses moyens d'investigation : palpation abdomino-pelvienne combinée au toucher rectal, sigmoïdoscopie, examen des selles.

Sa tâche sera parfois difficile, le diagnostic posé, de faire accepter par le malade une intervention qui, en raison du minimum de symptômes, la considérera toujours comme prématurée.

Dans leurs recherches sur le sarcome, Alb. et H. de Malherbe ont écrit : « Tout cancer a une période de localisation étroite et de bénignité relative ».

Cette phrase s'applique particulièrement bien au cancer sigmoïdien, car cette période est ici peut-être de plus longue durée que partout ailleurs et c'est de celle-ci dont il faut profiter pour faire une opération réunissant un maximum de succès et un minimum de chances de récidive.

Au moment des crises d'obstruction, le radiographe devra être mandé ; l'obstacle est suffisamment développé pour être déterminé par les rayons X. L'examen par ce dernier montrera l'obstacle matériel, le fera distinguer du simple spasme, fixera sur son siège exact, son étendue, sa mobilité, renseignements dont le chirurgien a besoin pour son intervention.

Au point de vue chirurgical, l'anse sigmoïde représente une partie de l'intestin, le plus éminemment favorable à la réaction. Organe long à méso développé pouvant être attiré hors de l'abdomen, il réalise toutes les conditions nécessaires à une intervention dans de bonnes conditions.

L'intérêt primordial est de pressentir de très bonne heure le cancer de cette région avant l'établissement des adhérences et la propagation ganglionnaire. L'exérèse en un temps du noyau néoplasique est surtout possible et comporte un maximum de bénignité opératoire dans ces conditions.

Les résultats déplorables qu'il nous fut donné de constater au cours de ce travail, dans les observations que nous avons citées, sont dûs à ce que les interventions ont été trop longtemps différées. Ils nous permettent de mesurer toute l'étendue de la responsabilité médicale dans les cas de ce genre et doivent nous inciter à user de toute notre influence sur les malades ou sur leur entourage, pour les faire opérer de très bonne heure. A ce propos, qu'il nous soit permis de dire que les statistiques anglo-américaines pour ces interventions, sont éminemment instructives.

Les succès qui y sont signalés sont moins dûs à l'habileté chirurgicale qu'à la précocité de l'intervention ; peut-être celle-ci est-elle plus facilement accueillie des peuples du Nouveau-Monde que de notre vieille race latine, plus réfractaire, sans aucun doute, aux tentatives chirurgicales.

Vu :
Le Président de la Thèse,
WIDAL.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Pr le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Albu. Polypes bénins et malins de l'S iliaque et du rectum. *Berliner klin. Wochens.*, 22 sept. 1912.

Aldor. *Archiv für Verdauungs-Krankheiten*, juin 1911, Berlin.

Ansimoff (Moscou). Etude sur les néoplasmes du gros intestin. *J. chirurgie*, 1910.

Ansperger (Heidelberg). Tumeurs inflammatoires de l'S iliaque. *J. chir.*, 1910.

Barker. Progrès dans le diagnostic du cancer du gros intestin. *The Practitionner*, févr. 1911, London.

Base (Vienne). Sur les tumeurs sténosantes tuberculeuses de l'S iliaque. *Archiv für klin. Chir.*, 1908, t. 86.

Bassler. Sigmoïdoscopy. *New-York medical journ.*, 1912.

Bensaude. Sigmoïdoscopie. *Presse médicale*, 1912.

Bérard et **Mutard.** Des complications urinaires au cours du néoplasme du gros intestin. *Lyon chirurgical*, 1912.

Bérard et **Patel.** Tuberculose du gros intestin. *Congrès de Lyon*, 1906.

Bezançon (de). *Les médecins à la censure.* — *Entretiens sur la médecine.*

Boas. Cancer du gros intestin et entérite muco-membraneuse. *Archiv für Verdauungs Kr.*, 1913.

— Diagnostic précoce du cancer du gros intestin. *Grenzgebiete f. Med. et Chir.*, 1906.

Bovis (de), Cancer du gros intestin. *Revue de chirurgie*, 1900.

Boghart (Brooklyn). Cancer of the Sigmoïd. *L. I. med. journal*, févr. 1909.,

Blogdgood. Obstruction intestinale par volvulus ou adhérence de l'S iliaque. *Annals of Surgery*, Baltimore, 1909.

Brewer. Diverticule aiguë de l'S iliaque. *The Journal of the Med. Assoc.*, 1908.

Castera. *Rapports anatomo-cliniques des annexes gauches avec l'S iliaque*. Thèse de Bordeaux, 1912.

Chavannaz. Fistules intestino-vésicales. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, nov. 1897.

Clogg. Cancer du colon. *The Practitioner*, 1904.

Cope. Carcinoma of the Colon. *Medical Press and Circ.*, 1912.

Cunning. Carcinoma of the Colon. *British Med. Journal*, 1913.

Delore et **Lambert**. Sigmoïdite et cancer. *Lyon chir.*, 1911.

Devic et **Bussy**. Polyadénomes multiples de l'intestin. *Archives des maladies de la nutrition*, 1912.

Dumont. Fistules intestino-vésicales. *Revue de gynec. et chir. abd.*, 1898.

Duval. *Cancer du colon pelvien*. Thèse de Paris, 1898.

Duval, Friedel et **Aubourg**. Rapport sur la chirurgie du colon pelvien au *26e Congrès de chir.*

Footé. Diagnostic précoce du néoplasme de l'S iliaque. *Medical Record*, août 1908.

Frotscher. Myomes de l'intestin. *Deutsche med. Woch.*, 1909.

Gage. Cancer of the colon. *Boston Medical and Surg. J.*, 1912.

Gérard Marchant. Rétrécissements syphilitiques du gros intestin. *Soc. chir.* Paris, 1898.

Giffin et **Wilson** (Rochester). Cancer d'un diverticule de l'S iliaque. *The Amer. Journ. of the Med. Science*, 1909.

Girard. Néoplasme du colon pelvien. *Congrès français de chir. de Genève*, 1904.

Graves. Diverticulitis of the sigmoïd. *Boston Medical and Surg. J.*, 1911.

Guillaume (Louis). Etude clinique du cancer du gros intestin. *Archiv. médico-chir. de prov.*, 1912.

Guilbaud. Rétrécissements néoplasiques du colon. *Gazette médicale de Nantes*, 1912.

Hartmann. Protoscopie et sigmoïdoscopie. *Archives des maladies de la digestion et de la nutrition*, 1908.

Heurteaux. Myomes de l'intestin. *Archiv. prov. de chir.*, 1896.

Huslin. Obstruction intestinale par cancer de l'S iliaque. *Clinique de Bruxelles*, 1912.

Jaugeas et **Friedel**. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*. Paris, 4 juillet 1913.

— Examen du rectum et de l'S iliaque par rayons X. *Journal de radiologie et d'électrologie*, mai 1914.

Jouffray. *Formes cliniques du cancer du gros intestin*. Thèse de Lyon, 1906-1907.

Klein. Sur un cas de lipome de l'intestin. *Archiv für klin. Chir.*, 1907.

Le Landais. *Abcès d'origine sigmoïdienne*. Thèse Lyon, 1910.

Lejars. Rétrécissements ilio-pelviens pris pour cancers. *Bulletin et mémoires Société chirurgicale*, 1907.

— Sigmoïdites et périsigmoïdites. *Bulletin et mémoires Société chirurgicale*, 1906.

— Sigmoïdites et périsigmoïdites. *Semaine médicale*, 1904.

— Sigmoïdites et périsigmoïdites. *Semaine médicale*, 1907.

— Périsigmoïdites simulant néoplasme. *Soc de chirurgie*, 1910.

Lepetit. Cancer de l'S iliaque. *Centre médical*, 1906.

Letulle. Polyadénomes de l'intestin. *Soc. d'Anat. de Paris*, 1911.

Loeper. Les fausses tumeurs spasmodiques de l'intestin. *Tribune médicale*, 1910.

Louart. *Cancer du gros intestin dans la jeunesse*. Thèse de Paris, 1900.

Mathieu. Signes et diagnostic du cancer des colons. *Journal des praticiens*, 1912.

— Les phases initiales du cancer du gros intestin. *Gazette des hôpitaux*, mai 1913.

— De l'occlusion d'origine cancéreuse. — Considération sur l'examen radioscopique. *Gazette des Hôpitaux*, juin 1913.

Mathieu et **J.-C. Roux**. *Pathologie gastro-intestinale*.

— Spasme du colon. *Gazette des Hôpitaux*, 1905.

— Sigmoïdites et périsigmoïdites. *Bull. et mém. Soc. chir.*, 1906.

Massabuau. Sigmoïdites. *Montpellier médical*, 1910.

Mayo. Tumeurs de l'anse sigmoïde. *Montreal medical journal*, 1909.

Mummery. Diagnostic des tumeurs de l'anse sigm. par la sigmoïdose. *The Lancet*, 1904.

— *Traité des maladies du colon.*

Munro Kerr. Cas de maladies du cœcum et de l'S. iliaque ayant simulé des affections utérines ou annexielles. *The Glascow med. J.*, 1910.

Moty. Diagnostic et traitement des rétrécissements dysentériques du colon. *Echo médical du Nord*, 1913.

Morrisson. Occlusion intestinale avec statistique. *Edinburgh med. journal*, 1909.

Muller. Cancer latent de l'S iliaque et péritonite consécutive. *Lyon médical*, 1912.

Ockinczyc. Thèse de Paris, 1907.

Olin. Examen du rectum et de l'S iliaque avec le recto-sigmoïdite. *Hygiea*, mars 1908.

Oseki. Polypose de l'intestin. *Deutsche Zeitsch. für Chir.*, 1912.

Pascal. *Des fistules vésico-intestinales acquises.* Thèse de Paris, 1900.

Patel. Sigmoïdites. *Revue de chirurgie*, 1907.

Potherat. Observation de rétrécissements ilio-pelviens pris pour néoplasmes. *Bull. Soc. de chir.*, 1907.

Quénu et **Duval.** Cancer du colon pelvien. *Soc. chirurgie*, 1898.

Quénu et **Landel** Polyadén. du gros intestin. *Revue de chir.*, 1909.

Rémy et **Bouvet.** *Soc. anat.*, avril 1889.

Roberts. A new protoscope and Sigmoïdose. *Journal Americ. med. Assoc.*, 1912.

Samuels. Adénomes du colon descendant et de l'S iliaque. *Surgery Gynec. and Obstet.*, 1909.

Saillant. Thèse de Paris, 1906.

Sencert. Tumeurs cancéreuses de l'S iliaque. *Soc. méd. de Nancy*, 1910

Schuchardt. Syphilis du gros intestin. *Berlin. klin. Woch.*, 1894.

Silbermarck. Mécanisme de la dilatation du cœcum dans le rétrécissement du gros intestin. *Wiener kl. Woch.*, 1906.

Simmods. 2 cas de tumeurs inflammatoires de l'S iliaque simulant le néoplasme. *Arch. für Verd.-Krank.*, 1911.

Solcard. *Contribut. à l'étude clin. et thér. du cancer de l'S iliaque.* Thèse de Bordeaux, 1911.

Solling. Sigmoïdite polypeuse. *Hospitalstidende*, 1911.

Stierlin. Radioscopie du gros intestin. *Münchener mediz. Woch.*, 1911.

Strauss. Die recto romanose. *Berlin. med. Woch.*, 1908.

Stanton. Diverticulitis *The Boston med. and Surg. J.*, 1913.

Telling. Diverticules acquis de l'S iliaque. *The Lancet*, 1908.
— Sigmoïd diverticula. *The Practologist*, 1911.

Tavernier. Sigmoïdite sténosante. *Lyon médical*, 1913.

Tuffier. Angiomes de l'S iliaque. *Soc. chirurgie*, Paris, 1912.
— Périsigmoïdites. *Bull. et mém. Soc. chir.*, 1911.

Tuffier et **Aubourg.** Exploration radiologique du gros intestin. *Bull. et mém. soc. chir.*, 1911.

Tschydy. Cancer de l'S iliaque avec invagination. *Journal de l'Assoc. des méd. suisses.* Bâle, 1905.

Tuttle. Sigmoïdoscopy. *New-Yord med. J.*, 1898.

Versé. Sur la dilatation chronique du gros intestin dans la vieillesse. *Munchener med. Woch.*, 1909.

Welsh. Carcinoma of the Colon. *Edinburg med. J.*, 1912.

Wilson. Diverticulitis of the Sigmoïd. *Annals of Surgery*, 1911.

Walker. Diagnosis of diseases of Sigmoïd flexure. *Med. Fortnightly*, St-Louis, 1909.

Yeomans. Diagnostic radioscopique. *Medical Record*, 1912.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

NTRODUCTION 7

Anatomie macroscopique 8

Etiologie 16

Symptomatologie 23

Complications 59

Formes cliniques 79

Diagnostic 101

CONCLUSIONS 137

BIBLIOGRAPHIE 141

Saint-Brieuc. — Typ. F. GUYON (1914).